



**UNIVERSIDADE DO MINHO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO
ANO LETIVO 2014/2015 – 4.º ANO**

Janilda Andrade Brito, N.º 2018

Mindelo, 2015

**OS DESAFIOS DE ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA
HUMANIZADA À CRIANÇA COM DOR**

Discente:

Janilda Andrade Brito, nº 2018

Orientador:

Dr. Luís Alberto Flores Roque

Trabalho apresentado à Universidade do Mindelo como parte dos requisitos para a
obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho á minha família, em especial a minha mãe e ao meu filho pelo apoio que demonstraram e também a todas as crianças de Cabo Verde.

AGRADECIMENTOS

Um muito obrigado primeiramente a Deus, que me dá a força necessária através da fé para continuar a lutar e concretizar os meus sonhos.

Aos meus pais, Hironcina Josefina Andrade e José Brito, ao meu filho Gabriel Domingos Andrade Brito, ao meu irmão Ivanildo Andrade e a toda a minha família, que acreditaram sempre em mim e me deram forças, particularmente nos momentos mais difíceis.

Ao meu Orientador, Doutor Luís Flores Roque, pela paciência e disponibilidade durante o desenvolvimento do trabalho.

Ao Enfermeiro Viriato, à Enfermeira Vera Lúcia, ao Enfermeiro Flávio Bento, Professora Saída-Aline, pela disponibilidade, ao Sr. Laurindo e sua esposa Ida Spencer.

Aos enfermeiros do Sector de Pediatria do Hospital Baptista de Sousa e aos bibliotecários da Universidade do Mindelo, Evaristo Dias e Celestino Duarte.

Ao presidente de Cruz Vermelha do Concelho Local de São Vicente Dr. João Maria Paulo da Luz Lima e Sra. Margarete Martins Cardoso, pela ajuda que disponibilizaram.

A todos os meus amigos, que me deram forças, acreditaram e apoiaram nos momentos mais difíceis.

Índice

INTRODUÇÃO	1
PROBLEMÁTICA/ JUSTIFICATIVA DO ESTUDO	2
CAPÍTULO I – FUNDAMENTO TEÓRICO	5
1.1-Dor	6
1.1.1-Etiologia da dor.....	7
1.1.2-Fisiologia	7
1.1.3-Fisiopatologia.....	8
1.2. Classificação da dor em termos de duração	8
1.2.1. Dor aguda e dor crónica	8
1.2.2. Classificação fisiopatológica.....	9
1.3-Avaliação da dor nas crianças.....	9
1.3.1. Fatores que influenciam a experiência de dor	11
1.4-Tratamento farmacológico e não farmacológico	12
1.4.1-Estratégias farmacológicas.....	13
1.5-A criança e a hospitalização.....	14
1.5.1-Fatores de stress nas crianças durante a hospitalização	15
1.6-Enfermagem.....	16
1.7-Assistência de enfermagem humanizada	17
1.7.1-Atividades lúdicas enquanto estratégia na assistência humanizada	20
1.7.2-Assistência centrada na família.....	22
1.7.4-Papel do enfermeiro	23
1.7.5-Intervenções de enfermagem	25
1.7.6-Desafios de enfermagem na assistência humanizada.....	26
CAPÍTULO II – METODOLOGIA	28
2.1-Percurso metodológica.....	29
2.2-Tipo de estudo.....	29
2.3-Instrumento de recolha de dados.....	29
2.4. População/Amostra	30
2.5-Campo empírico.....	30
2.6-Aspetos éticos	32
CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO E ANÁLISES DOS RESULTADOS	33
3.1-Characterização dos entrevistados	34
3.2-Apresentação e interpretação dos resultados	34
3.3.-Discussão dos dados	44

CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
Propostas	49
APÊNDICES.....	57
Apêndice I - Requerimento elaborado pela pesquisadora e entregue ao HBS	58
Apêndice II - Guião de entrevista (enfermeiros).....	59
Apêndice III - Termo de consentimento informado	61
Apêndice IV – Quadro 1: Caracterização dos participantes.....	62
Apêndice V - Requerimento elaborado pela pesquisadora e entregue ao HBS.....	63
Apêndice VI- Guião de observação de campo	64
Apêndice VII – Intervenções de enfermagem segundo Diagnósticos de Nanda.....	65
ANEXOS.....	69
Anexo I - Autorização da universidade do Mindelo	70
Anexo II - Figura 2: Escala de face.....	71
Anexo III - Quadro 2: Escala comportamental NIPS	72
Anexo IV - Régua de dor	73
Anexo V – Folha de triagem do serviço de urgência de pediatria.....	74
Anexo VI - Falácias e factos sobre a criança e a dor	75

RESUMO

Cada vez mais verifica-se que, os desafios enfrentados pelos enfermeiros no dia-a-dia, na prestação dos cuidados à criança com dor, necessita de mais atenção, de modo corresponder as necessidades da mesma. A problemática básica foi o fato de se constatar que a assistência de enfermagem tende a ser remetida apenas nas intervenções farmacológicas à criança com dor, sendo este um fenômeno complexo e subjetivo que marca de forma singular a vida da criança. Foi realizado um estudo descritivo de natureza qualitativa, com o objetivo de identificar os desafios dos enfermeiros em prestar uma assistência humanizada à criança com dor. Como método de recolha de dados para além da observação direta recorreu-se a entrevista, em que as questões da mesma foram abertas, estruturadas e organizadas pela pesquisadora e aplicada a seis enfermeiros com idade compreendida entre 25 á 48 anos. Ao longo do estudo e tendo como suporte os resultados das entrevistas, constatou-se que, os desafios encontrados tais como: realizar os procedimentos, o medo da criança perante os procedimentos, os casos graves que requerem mais e melhor recursos, devem ser superadas, contudo, reconhecem a importância do uso das escalas de dor, o brincar e a comunicação, assim como o perfil dos enfermeiros e a Triagem de Manchester. No entender dos profissionais de enfermagem, existe alguma fragilidade quando se lida com esta situação, devido a fracos recursos, pois, a maior parte se restringe primeiramente aos métodos farmacológicos. O cuidado humanizado é afetado pela grande afluência de crianças assistidas nas Urgências de Pediatria. Os enfermeiros que vivenciam este problema, visualizam-no de forma mais ampla, visto que, têm participação direta sobre o mesmo.

Palavras-chave: Enfermagem, Criança, Dor, Assistência de Enfermagem, Humanização dos cuidados

ABSTRAT

Increasingly it appears that the challenges faced by nurses in day-to - day, in the provision of childcare in pain, needs more attention in order to match the needs of the same. The basic problem was that it appears that the nursing care tends to be submitted only on pharmacological interventions for children with pain, which is a complex and subjective phenomenon that brand in a unique way the child's life. This was a descriptive qualitative study in order to identify the challenges nurses to provide a humanized care to children in pain. As data collection method in addition to the direct observation resorted to interview, in which the questions were the same open, structured and organized by the researcher and applied to six nurses aged 25 to 48 years. Throughout the study and being supported by results of the interviews, it was found that the challenges such as: perform the procedures, fear of the child before the procedure, severe cases that require more and better resources must be overcome, however, recognize the importance of the use of pain scales, play and communication, as well as the profile of nurses and the Manchester Triage. According to the nurses, there is some weakness when dealing with this situation, due to scarce resources, therefore most of primarily restricted to pharmacological methods. The humanized care is affected by the large influx of children attending the Emergency Room of Pediatrics. Nurses who experience this problem, viewing it more widely, as have direct participation on it.

Keywords: Nursing, Child, Pain, Nursing Care, Humanization of care

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

SUP – Serviço de Urgência de Pediatria

HBS – Hospital Batista de Sousa

SNC – Sistema Nervoso Central

SO – Sala de observação

EC - Ensino Clínico

Enf – Enfermeiro

TCI – Termo de Consentimento Informado

p/d - Página Desconhecida

% – Percentagem

MS – Ministério da Saúde

DGS – Direção-Geral de Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

s/d – Sem Data

I/D – Intensidade da Dor

INTRODUÇÃO

O presente trabalho surgiu no âmbito do Curso de Licenciatura em Enfermagem como componente para obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem, lecionada na Universidade do Mindelo, cujo tema a ser desenvolvido é Os Desafios de Enfermagem na Assistência Humanizada à Criança com Dor.

A assistência de enfermagem constitui o alicerce das práticas de saúde necessárias no dia-a-dia do utente, visto que, o cuidar é uma das ferramentas do plano de ação no trabalho que o enfermeiro dispõe para aplicação do saber técnico-científico, indispensável a assistência à criança e otimização das suas ações.

Os cuidados prestados à criança em sua vivência com a dor, requer do enfermeiro habilidades peculiares, levando-se em conta a subjetividade de como a dor é sentida pela criança. É nesse sentido, que o alívio da dor proporciona à criança condições para se restabelecer adequadamente, o que nos remete aos princípios da humanização e da ética no plano dos cuidados de enfermagem.

Optou-se por estudar o tema, visto que a dor é um fenómeno individual, subjetivo e muito complexo, que marca de forma particular a vida da criança. Depare-se com um grande desafio para os profissionais de enfermagem que prestam uma assistência humanizada, mormente considerando a área pediátrica, pois, esta tem como alvo seres frágeis e vulneráveis.

A enfermagem é uma profissão que se assenta no cuidar. Portanto, a ação na assistência contribui efetivamente para que o enfermeiro seja visto pela criança como alguém que cuida dele e não uma pessoa estranha, que realiza procedimentos dolorosos. Nesse contexto, o enfermeiro deve ter sempre presente à criança e o seu mundo, de forma a planear como aliviar e minimizar a sensação dolorosa, efetuando assim uma visão holística e mais humanizada, estando assim perante um desafio para estes.

O presente trabalho encontra-se estruturado em três capítulos. Em que o primeiro destaca-se a revisão da literatura, o segundo a fase metodológica onde se aborda a fundamentação, o tipo de estudo, o instrumento de recolha de dados, população e amostra, o campo empírico bem como os aspetos éticos.

No terceiro, a fase Empírica onde se apresenta a característica da amostra, e interpretação dos dados, assim como a discussão dos dados, as considerações finais, as possíveis propostas bem como apêndices e anexos.

PROBLEMÁTICA/ JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

No que diz respeito a estudos sobre dor na criança, em Cabo Verde não existem registos, daí uma certa delimitação e dificuldade no que se refere as referências bibliográficas consultadas.

A Direção Geral-Saúde (DGS, 2011, p.1) no uso das suas competências técnico-normativas e depois de ouvida a Comissão de Acompanhamento do Plano Nacional de Luta Contra a Dor, institui, através da presente Circular, a “Dor como o 5º sinal vital.”

De acordo com, os dados estatísticos da dor do Hospital Batista de Sousa (HBS) referente ao ano 2014, houve uma frequência em relação a cefaleia de 30 casos, numa percentagem de 100%, em que 19 são do sexo feminino e 11 do sexo masculino, e em relação a faixa etária encontra-se com maior frequência entre os 6, 8 e 10 anos de idade.

Em relação a dor abdominal houve uma frequência de 189 casos, numa percentagem de 100%, em que 78 são do sexo feminino e 110 do sexo masculino, e em relação a faixa etária encontra-se com maior frequência entre os 3,5 e 9 anos de idade.

Referente ao ano 2015, em termos da cefaleia houve 96 casos de cefaleia, 38 do sexo feminino e 58 do masculino, e as idades mais referidas foram 4, 5, 7, 8, e 9 anos, assim como, a dor abdominal foi de 310 casos, 150 do sexo feminino e 160 do sexo masculino, e as idades mais referidas foram, 0, 2, 3, 4, 5, 6, 7 e 9.

Em suma mostra-se que houve um grande aumento de crianças com dor a procura dos serviços hospitalares.

Segundo autores a cefaleia e a dor abdominal são as dores mais recorrentes nas crianças, neste sentido, o Ministério de saúde (MS, 2010, p.57) afirma que, “a dor abdominal é um sintoma multifacetado e constitui uma das queixas mais frequentes em idade pediátrica, que engloba um largo espectro de situações.” Complementa Linhares e Doca (2010, p.308) que, “as dores recorrentes mais prevalentes na infância são a enxaqueca e dor abdominal.”

Referentes ao ano de 2015, os dados estatísticos do HBS sobre a dor mostram que, em termos da faixa etária, verifica-se que 1, 2 e 8 são as idades mais referidas no serviço de pediatria, e que, é possível depreender que 44% pertence ao género feminino e 55% ao género masculino, o que equivale a uma média de 95%, constatando assim que a dor atinge quase 100% esse público-alvo.

Neste sentido, DGS (2008, p.5) afirma que, a “dor constitui um dos principais motivos para a procura de cuidados de saúde por parte da população.”

Também o fato da dor mencionada pela criança ser pouco credível para os profissionais de saúde, por considerarem que esse público-alvo tem pouca experiência da dor.

Para os autores, “é frequente criança [...] ter dor, que não é avaliada, porque profissionais de saúde assumem, incorretamente, que a idade dessas pessoas minimiza a experiência da dor” (Phipps, Sands e Marek, 2003, p.364).

Em suma do que foi descrito em cima, verifica-se que houve um aumento da procura de criança com dor aos serviços de saúde, bem como a dor referida pela criança ser pouco credível para os profissionais de saúde, assim, como este fenómeno ser apenas eliminada por meios farmacológicos, sendo assim, estes apresentam grandes desafios para os enfermeiros e que motivaram a escolha do tema.

Em termos dos cuidados, a assistência à criança com dor muitas vezes fica condicionada pela afluência de crianças por dia, sendo assim o cuidado não é o mesmo, o que remete apenas nas intervenções farmacológicas, devido ao número de enfermeiros por turno, e o uso de estratégias não farmacológicas fica ainda limitada pela escassez de recursos na instituição.

Segundo estatística do mês de Junho de 2015 no HBS, no SUP, tem um total de seis enfermeiros que trabalham por turno, dois de normal, e um enfermeiro chefe. De segunda a sexta-feira tem três de manhã, três de tarde, e dois á noite, e nos fins-de-semana e feriados dois enfermeiros por turnos. Bem como o número de crianças por dia varia de 66 à 97.

Face a esta problemática, nota-se que é de grande relevância não somente intervir para a inovação de outras formas de eliminar a dor na criança, mas sim no sentido de tornar essa assistência num cuidado mais humanizado, tendo em conta que, com essa alteração ela encontra-se duplamente vulnerável e fragilizada.

Optou-se por estudar o tema, visto que a dor é um fenómeno individual, subjetivo e muito complexo, que marca de forma particular a vida da criança, onde depare-se como um grande desafio para os profissionais de enfermagem, bem como da instituição que, prestam uma assistência humanizada, mormente considerando essa área, pois, esta tem como alvo seres frágeis e vulneráveis.

Também o fato do estado de saúde de uma criança com dor, estar condicionado por múltiplos fatores, tais como: a idade, a maturidade, o ambiente, o estado emocional e psicológico, questões culturais religiosas, procedimentos clínicos, e intervenções cirúrgicas, justificando por si sós a importância dos cuidados à criança de forma humanizada.

Para além do que foi dito acima, pela escolha do tema, foi também o fato de em Cabo Verde nunca ter havido estudos sobre a dor na criança.

Portanto para dar respostas a problemática do presente trabalho científico, que surgiu consequentemente de reflexões vivenciadas durante o EC (Ensino Clínico) III no SUP, em que a assistência à criança com dor tende a ser remetida apenas nas intervenções farmacológicas, o que se fez levantar a seguinte pergunta de partida: **Quais os desafios de Enfermagem na prestação de uma assistência humanizada à criança com dor no Hospital Batista de Sousa?**

Assim, para responder a referida questão face esta problemática estabeleceu-se como objeto de estudo a identificação de Enfermagem na Assistência Humanizada à Criança com Dor.

Neste contexto, definiu-se como objetivo geral:

- ✓ Identificar os desafios dos enfermeiros em prestar uma assistência humanizada à criança com dor.

E como objetivos específicos destacam-se:

- ✓ Identificar as estratégias usadas pelos enfermeiros na assistência humanizada à criança com dor;

- ✓ Conhecer as opiniões dos enfermeiros face aos benefícios da assistência humanizada dos enfermeiros à criança com dor;

- ✓ Identificar as limitações percebidas pelos enfermeiros durante a prestação dos cuidados à criança com dor;

- ✓ Descrever as limitações do serviço face a assistência humanizada à criança com dor.

CAPÍTULO I – FUNDAMENTO TEÓRICO

Este capítulo corresponde a um levantamento dos conceitos relacionados com a natureza do título do trabalho em estudo: Os Desafios de Enfermagem na Assistência Humanizada à Criança com Dor. Para dar mais sustentabilidade à pesquisa, sucederá uma ilustração dos pontos mais importantes, iniciando sobre a dor, debruçando posteriormente na enfermagem de uma forma geral, na criança e entrando finalmente no campo da assistência de enfermagem com a humanização de cuidados à criança com dor, e ainda o papel do enfermeiro e suas intervenções na assistência prestada à criança com dor, bem como dos desafios na área pediátrica.

1.1-Dor

A dor é um fenómeno subjetivo e complexo que a marca a vida de cada pessoa. Na linha de Black e Matassarini, (1993, p.296) este “é um fenómeno multidimensional difícil de definir. É uma experiência pessoal e subjetiva, com poucas dimensões objetivas ou mesmo nenhuma. A dor é mais bem visualizada como uma experiência, não simplesmente um sintoma.”

Na ótica de Silva e Marques *apud* Silva, Pinto, Gomes e Barbosa (2011, p/d) “a dor representa uma experiência subjetiva na qual estão inseridas experiências adquiridas ao longo da vida, podendo ainda estar associada à lesão real ou potencial nos tecidos.”

Assim, essa definição “é problemática quando se considera a área pediátrica devido à ausência de comunicação verbal e os diferentes níveis cognitivos desses pacientes, tornando-os incapazes de relatar a dor que sentem, até mesmo por não terem experiências prévias de eventos dolorosos” (*ibid*, p./d).

Neste sentido, George (2010, p.4) defende que, “a dor associa-se, ou é descrita como associada, a uma lesão tecidual concreta ou potencial. Constata-se, assim, que existe uma grande variabilidade na percepção e expressão da dor, face a uma mesma estimulação dolorosa.”

Assim, McCaffery e Pasero *apud* Doenges e Moorhouse (2010, p.10) no que tange a este fenómeno afirmam que “é aquilo que a pessoa que a sente diz que é, existe sempre que a pessoa assim o disser.”

Para Metzger, Muller, Schwetta e Walter (2002, p.138), “a dor não é evidente como sangue de uma hemorragia ou como um membro fraturado. Ela exige uma observação perspicaz e confiança no que o doente refere. A dor não se prova, sente-se.”

Por outro lado, Mountcastle *apud* Black e Matassarin (1993, p.297) refere como “uma experiência sensorial evocada por estímulos que lesam ou ameaçam destruir os tecidos, definida introspectivamente por cada homem como aquilo que dói.”

1.1.1-Etiologia da dor

No que refere a etiologia da dor, nas crianças é difícil determinar a sua origem e a causa. Contudo numa criança hospitalizada ou que deu entrada nas urgências, por meio da observação, identifica-se se as dores são de origem patológica ou provocado durante o internamento pelas intervenções clínicas de enfermagem.

Batalha (2010, p.126) expõe que, “a dor nas crianças que recorrem aos serviços de saúde não pode ser negada pelas inúmeras fontes de dor existentes (atos terapêuticos e de diagnóstico, doenças e traumatismos.” Complementa Rocha e Carvalho (2011, p.26) que:

“na infância a dor é mais frequentemente consequência de procedimentos do que propriamente da doença, na medida em que a maior parte das doenças não provoca muitas dores. Assim, não é tanto a doença, mas os injetáveis, colheitas de sangue ou colocação de cateteres intravenosos que fazem sofrer muitas crianças hospitalizadas.”

1.1.2-Fisiologia

Phipps *et al* (2003, p.365) referem que “a dor envolve interações dinâmicas, entre sistemas neurais ascendentes e descendentes, juntamente com equilíbrio continuado de mecanismos inibidores-excitatórios.”

A perceção da dor e as reações à dor não são previsíveis, variando com cada pessoa e cada experiência. A fisiologia da dor demanda um processo que envolve quatro fases:

- *Transdução* -envolve a conversão do estímulo doloroso num impulso que é transportado da periferia até ao Sistema Nervoso Central (SNC);
- *Transmissão* - os impulsos da dor são transmitidos até a espinal medula por dois tipos de fibras: as fibras A-delta, de condução mais rápida, finamente mielinizadas, e as fibras C, não-mielinizadas, de condução mais lenta;
- *Modulação* - a serotonina, a noradrenalina, e as endorfinas são libertadas por fibras descendentes, e inibem a libertação de neurotransmissores, logo, os estímulos nociceptivos não serão transmitidos até neurónios de segunda classe;
- *Perceção* – é uma experiência pessoal, subjetiva, que pode ser influenciada por fatores como o significado (onde incluem idade, sexo, o passado sociocultural, o ambiente e experiências passadas ou presentes), a tolerância

(envolve a dimensão cognitivo-afetivo da dor e que varia de pessoa para pessoa) e a reação (as pessoas reagem á dor de maneiras diferentes, consoante a sua perceção da dor, incluindo o que ela significa para elas) (*ibid.*:368).

1.1.3-Fisiopatologia

Phipps *et al* (2003, p.369) afirmam que, “a duração e localização da dor determinam as suas manifestações clínicas. Ocorre dor aguda quando as extremidades sensoriais de fibras nervosas primárias são ativadas por forte estímulo nocivo, e o cérebro interpreta como dolorosas as informações por elas transportadas denominada de dor nociceptiva.”

Ainda o mesmo autor diz que são três os processos chaves que ajudam a explicar problemas dolorosos e crónicos:

- A sensibilização periférica ocorre - quando traumatismo tecidual ou infeção provocam sensibilização de nociceptores periféricos, pelo que estímulos fracos, não-dolorosos, provocam dor;
- A dor neuropática periférica - pode surgir quando neurónios sensoriais, aliás intactos, ficam hiperexcitáveis e começam a descarregar e locais anómalos (ectópicos) ao longo do seu curso;
- A sensibilização central - envolve reação, progressivamente aumentada, a estímulo nocivo repetido, e hiperexcitabilidade no corno dorsal (estimulação). Em resultado disso, estímulos fracos, não-dolorosos, podem causar dor por ampliação central (alodinia).

1.2. Classificação da dor em termos de duração

1.2.1. Dor aguda e dor crónica

Segundo especialistas existem dois tipos de dor: a dor aguda e a crónica. E neste sentido, o MS (2001, p.17) refere que este tipo de dor tem “Início súbito relacionado a afeções traumáticas, infecciosas ou inflamatórias.”

A dor crónica é descrita pelo Plano Nacional de Luta Contra a Dor (2001, p.42) como “uma dor prolongada no tempo, normalmente com difícil identificação temporal e/ou causal, que causa sofrimento, podendo manifestar-se com várias características e gerar diversos estádios patológicos.”

Sternback *apud* Schwob (1900, p.77) diz que:

“se dor aguda, é um sintoma da doença, na dor crónica a dor é ela própria a doença. Isto quer dizer que a dor crónica é clinicamente distinta da dor aguda, mas comporta-se também como uma entidade patológica, autónoma, distinta da sua causa inicial, e provoca consequências físicas, psicológicas e sociais nocivas que lhes são próprias.”

Para Almada (S/d, p.41) a intensidade da dor pode ser: Ligeira- há consciência da dor sem sofrimento, Moderada- suficiente para impedir a pessoa de se concentrar, Intensa- diminui a pessoa e invade o campo da consciência, Agónica- já se produzem efeitos como ansiedade e choque.

Calit e Pimenta (2005, p/d) classificam a intensidade da dor (ID) em: 0 - sem dor, 1 - dor leve (1 - 4), 2 - dor moderada (5 - 7), 3 - dor intensa (8 - 10).

1.2.2. Classificação fisiopatológica

Tendo em conta os mecanismos geradores de dor, podemos classificar a dor em nociceptiva, neuropática e psicogénica. De acordo com, o Plano Nacional de Luta Contra a Dor (2001, p.24) “a dor nociceptiva é devida a uma lesão tecidual contínua, estando o sistema nervoso central íntegro.”

Segundo o MS (2001, p.17) “a dor neuropática resulta de alguma injúria a um nervo ou de função nervosa anormal em qualquer ponto ao longo das linhas de transmissão neuronal, dos tecidos mais periféricos ao SNC.”

O Plano Nacional de Luta Contra a Dor (2001, p.24) destaca que, “a dor psicogénica é um tipo de dor sem lesão tecidual ativa de origem psicossocial.”

1.3-Avaliação da dor nas crianças

A avaliação é de extrema importância quando se aborda à criança, pois é através desta que se atinge o auge dos cuidados. Assim, Batalha (2010, p.126) menciona que:

“a consciencialização desta realidade pelos profissionais de saúde parece-nos imperiosa, quanto mais não seja, porque se reconhece a avaliação da dor como o primeiro passo para o seu controlo. Contudo, na prática isso nem sempre se verifica e os profissionais consideram-se satisfeitos com os cuidados que prestam. A incompreensão e a incapacidade em avaliar e controlar a dor em pediatria devem ser motivo de reflexão, análise e discussão.”

Devido à complexidade que envolve a avaliação da dor em crianças, Peden, Vater e Choonara (2003, p.109) afirmam que:

“a avaliação da dor é uma das maiores dificuldades enfrentadas pelos profissionais da saúde que cuidam de crianças. Muitos fatores, incluindo os psicológicos, sensoriais, comportamentais, afetivos, sociais, culturais entre outros, podem influenciar a avaliação da dor em crianças.”

Torritesi e Vendrusculo (1998, p.49-55) mencionam que:

“na assistência à criança com dor algumas considerações importantes devem ser ressaltadas: a queixa de dor referida pela criança é o melhor indicador que deve ser avaliado; alterações do comportamento como choro, irritabilidade, isolamento social, distúrbios do sono e da alimentação são indicativos de um quadro algico; [...]”

Segundo a DGS (2003, p.1) as crianças diferem na forma como respondem a eventos dolorosos. Sendo assim recomenda-se as seguintes orientações:

“acreditar sempre na criança que refere dor, privilegiar a autoavaliação a partir dos 3 anos, sempre que possível, dar tempo à criança para expressar a sua dor, ter sempre presente o comportamento habitual da criança ou de uma criança sem dor da mesma idade, dialogar com a criança (a partir dos 3 anos) / pais / cuidador principal, observar a criança e utilizar um instrumento de avaliação da dor, realizar a história de dor na admissão da criança ao hospital [...], manter o mesmo instrumento em todas as avaliações da mesma criança, exceto se a situação clínica justificar a mudança, [...], e em situação de dor intensa dar prioridade ao tratamento em detrimento da sua avaliação.”

Whasley e Wong (1999, p.554) referem que “a conduta para a avaliação da dor em crianças é o QUEECE: Questionar a criança; Usar escalas de escore de dor; Evoluir as alterações de comportamentos e fisiológicos; Estar seguro de que há envolvimento dos pais; Considerar a causa da dor; Empreender a ação e avaliar os resultados.”

O uso dos instrumentos na avaliação à criança com dor é de grande importância para os respetivos cuidados. Neste contexto, Cailliet (1999, p.289-292) refere que “a utilização de instrumentos para avaliação da dor possibilita garantir que seja avaliado, o que a criança está vivenciando, e não o que o profissional julgue que ela está sentindo.”

Posso, Pires, Birolini D. *et al* (2006, p.56) expõem que:

“entre os instrumentos disponíveis para a avaliação da dor na criança estão as escalas de intensidade unidimensionais como a escala numérica verbal, pela qual o paciente sugere um número para representar a intensidade da dor, sendo que zero significa ausência de dor e dez a dor mais intensa possível. Pode ser aplicada em crianças com mais de sete anos.”

Para avaliar a dor utiliza-se, “a escala de Faces, que contém seis faces, sendo que a primeira face é um rosto sorridente, e as expressões vão se transformando até chegar ao último rosto que é muito triste, geralmente aplicável em crianças entre dois e seis anos” (Kanai e Fidelis 2010, p.21), em (Anexo II).

Ainda em relação aos instrumentos de avaliação Kanai e Fidelis (2010, p.22) referem:

“a escala comportamental NIPS (Neonatal Infant Pain Scale), composta por seis indicadores de dor, cinco comportamentais e um fisiológico, incluindo a expressão facial, o choro, a movimentação de braços e pernas, o estado de sono e alerta e o padrão respiratório. Tem mostrado utilidade na avaliação da dor em crianças de zero a dois anos de idade, possibilitando diferenciar estímulos dolorosos de não dolorosos em (Anexo III).”

Na ótica de Crescencio, Zanelato e Leventhall (2009, p/d) pode-se utilizar:

“a escala Sistema de Codificação Facial Neonatal (Neonatal Facial Coding System – NFCS), válida e confiável para quantificar expressões faciais associada à dor. Pode ser utilizada em recém-nascido pré-termo, de termo e até quatro meses de idade. Seus indicadores são: fronte saliente, fenda palpebral estreitada, sulco naso-labial aprofundado, boca aberta, boca estirada (horizontal ou vertical), língua tensa, protusão da língua, tremor de queixo.”

Na avaliação é de extrema importância ter em ponderação as mudanças de comportamento das crianças com dor, e nesse sentido, o MS (2001, p.20) afirma que:

“as mudanças comportamentais são os indicadores de dor mais importantes e comuns na criança, principalmente naquelas que ainda não têm capacidade de verbalizar o que sentem ou as que apresentam dificuldade para se comunicar como as intubadas, traqueostomizadas, ou as que têm retardo mental.”

Em cabo verde, mas específico na ilha de São Vicente utiliza-se a Triagem de Manchester, com “a régua de dor, que é um instrumento de avaliação de dor bem estabelecido, que parece prestar-se mais ao uso no serviço de Urgência, pois mede a intensidade da dor e os seus efeitos nas funções normais, combina o uso dos descritivos verbais com uma escala visual analógica, é rápida e fácil de usar, é aplicada em qualquer faixa etária” (Marques e Freitas, 2010, p.46), em (Anexo IV).

1.3.1. Fatores que influenciam a experiência de dor

Existe vários fatores que podem influenciar a experiência da dor na criança, isto é, depende do desenvolvimento de cada um. Por isso, cabe aos enfermeiros saber de que forma o impacto da dor se revela nas crianças, conforme os abaixo indicados:

Fatores biológicos

A individualidade de cada criança, revela que os padrões habituais da expressão da dor podem ser causados pelos traços genéticos e não somente por fatores psicológicos.

Para os autores Zeltzer, Barr, McGrath & Schechter, *apud* Barros (2003, p.141):

“a idade está intimamente relacionada com a percepção, modulação e manifestações da dor. Sendo que, as manifestações comportamentais podem estar diminuídas no bebê, graças á imaturidade dos mecanismos inibitórios que o tornam mais vulnerável á dor, enquanto que, em crianças mais crescidas essas manifestações são bem mais evidentes, não significando por isso que as crianças mais pequenas toleram melhor a dor que as mais velhas. Pelo contrário, toda a evidência é no sentido de considerar que a tolerância à dor aumenta com a idade.”

Fatores cognitivos

Atualmente reconhece-se que “é essencial considerar o nível de desenvolvimento cognitivo da criança quando se pretende avaliar níveis de dor” (Varni & Bernstein *apud* Barros, 2003, p.121).

Assim, “é comum verificar-se uma enorme variabilidade de atitudes que acompanham o desenvolvimento cognitivo das crianças. Se por um lado, as crianças pré-escolares tendem a demonstrar de forma mais expansiva o seu medo, a criança em idade escolar será capaz de controlar melhor o seu comportamento e postura, mas não as lágrimas que lhe caem pela cara abaixo” (Barros, 2003).

Fatores psicológicos

Segundo Farias *apud* Soares & Vieira (2004, p.298-306) referenciam que “quando uma criança é sujeita a procedimentos médicos, as pessoas que irão cuidar da sua saúde poderão influenciar o seu desenvolvimento emocional, podendo essa influência ser tanto positiva quanto negativa.”

Chambers, *apud* Spagrud, Von Baeyer, Ali, Mpofu, Fennell, Friesen & Mitchel, (2008, p.173-183) expõem que, “apesar das crianças serem acompanhadas pelos pais durante procedimentos médicos, vários ensaios randomizados referem que a presença parental não produz nenhuma conclusão consistente.”

Frank *et al* *apud* Googenough, Kampel, Champion, Laubreaux, Nicholas, Ziegler & McInerney (1997, p.383-391) referem que:

“expressões comumente utilizadas pelos pais como, “se chorares não te compro aquilo” ou “estás a ser um bebé” associam-se fortemente com o stress vivido pela criança e com a gravidade da dor sentida durante os procedimentos dolorosos. Por sua vez, o stress vivenciado pelos pais nestas situações tem um valor preditivo relativamente ao stress experimentado pelas crianças.”

A criança com dor ao ser admitida no ambiente hospitalar, o enfermeiro deve ter em sua ponderação, os fatores que podem influenciar ou modificar o aumento do evento doloroso, de modo, a saber que estratégias utilizará ou como irá abordar à criança.

1.4-Tratamento farmacológico e não farmacológico

O tratamento não farmacológico associado à intervenção farmacológico, traz grande benefício e alívio para a criança com dor. Neste contexto, Phaneuf (2005, p.40) afirma que “o associar meios não farmacológicos aumenta por vezes de forma interessante a eficácia dos medicamentos e leva além disso a pessoa uma sensação de ter um certo controlo sobre a situação.”

Dias (2007, p.5) sustenta que, “as técnicas não farmacológicas podem resolver algumas situações de controlo e tratamento da dor, enquanto noutras mais complexas, estas técnicas podem ser um complemento fundamental na recuperação plena do bem-estar da pessoa [...]”

No que tange ao alívio da dor, Phipps *et al* (2003, p.376) expõem que, “o uso de abordagens não farmacológicas pode alterar a transmissão da dor, modificar a resposta à dor, e modificar o estímulo da dor.”

1.4.1-Estratégias farmacológicas

É importante frisar que as crianças são muito diferentes dos adultos na distribuição e respostas aos medicamentos, pois se deve ter maior importância na diferença das doses da medicação.

Desta forma, os medicamentos devem ser prescritos com base na intensidade e natureza da dor, devem ser utilizados pela via mais simples e de menor custo, sendo que a administração não deve causar dor adicional” (Okada e Malafaia, 2006, p.437-449).

Batalha (2010, p.130) afirma que:

“no controlo da dor nas crianças, são usados os fármacos não opióides (Paracetamol, Ácido acetilsalicílico e os Anti-Inflamatórios não Esteróides), os opióides (Morfina, Meperidina, Codeína, Hidromorfona, Nalbufina, Fentanil, Alfentanil, Sufentanil), os adjuvantes (sedativos, esteróides, antidepressivos, anticonvulsivantes), e anestésicos locais, como é o caso do EMLA®. Têm como objectivo eliminar ou, pelo menos, suavizar a dor e permitir à criança relaxar-se e descansar, fazendo desaparecer o medo de que a dor regresse.”

1.4.2-Estratégias não farmacológicas

Batalha (2010, p.130) afirma que:

“nos métodos não farmacológicos salientam-se: métodos comportamentais (dessensibilização, reforço positivo e relaxamento), métodos cognitivos (informação preparatória, mudança de memória e distração), métodos físicos (aplicação de calor e frio, massagem e posicionamento), suporte emocional (presença de pessoa significativa, toque terapêutico ou afetivo e conforto) e suporte ambiental (minimização de estímulos desagradáveis-ruídos, luminosidade e odores).”

Complementa Silva *et al* (2011, p/d) que, “as estratégias físicas também são muito utilizadas, entre elas, o toque terapêutico, massagem, o contato físico, que proporcionam conforto, segurança e confiança além de reduzirem a tensão e o medo, colaborando para uma integração entre o profissional de enfermagem e a criança [...]”

É de salientar também para “o alívio da dor a musicoterapia. Essa técnica ajuda diminuindo o estresse e a tensão e induz ao relaxamento, [...]” (Leão, Silva, 2004, *apud* Okada *et al*, 2006, p.135-149).

Okada e Malafaia (2006, p.437-447) afirmam que, “a psicoterapia é baseada na comunicação entre as pessoas envolvidas. A hipnose é uma técnica psicológica utilizada para a execução de procedimentos invasivos (dolorosos) [...]”

Ainda dentro das estratégias não farmacológicas Tengan, Okada e Teixeira (2006, p.155-161) mencionam “a ludoterapia e arte terapia [...] estratégias muito úteis para aliviar a dor da criança, através de brincadeiras, jogos e artes, as crianças expressam seus sentimentos e emoções, promovendo redução da ansiedade e melhora da autoestima.”

A associação das estratégias farmacológicas e não farmacológicas conduzem um grande desenvolvimento perante este fenómeno, com o objectivo de anula-la, portanto trazendo benefício tanto para o enfermeiro-criança-família.

1.5-A criança e a hospitalização

A hospitalização para a criança é um fator traumatizante, pois, a própria está afastada do seu ambiente familiar para um completamente diferente, deparando com pessoas estranhas que usam bata branca, e executam procedimentos técnicos dolorosos.

Tavares (2011, p.13) refere que:

“a hospitalização da criança apresenta-se como uma das primeiras crises em que se depara. Esta envolve a saída do ambiente familiar para outro desconhecido e assustador, a separação dos familiares e amigos que lhe são queridos, o enfrentar pessoas estranhas que lhe infligem procedimentos doloroso e ameaçadores.”

Da mesma forma, Whasley e Wong (1999, p.543) menciona que

“a doença e a hospitalização constituem as primeiras crises com as quais as crianças se deparam. As crianças em especial durante os primeiros anos, são particularmente vulneráveis a crises de doença e hospitalização, porque (1) o stress representa uma modificação do estado usual de saúde e da rotina ambiental e (2) as crianças possuem um número limitado de mecanismo de enfrentamento para resolver os stressores.”

Para Ferreira e Faveiro (2009, p/d), “processo de hospitalização é para a criança um momento de separação do seu lar, da sua família, de seus amigos e de suas atividades diárias, como ir à escola, brincar e se divertir. O mito da hospitalização é capaz de processar na criança sentimentos diversos, como o medo, insegurança e até a agressividade.”

Guareschi e Martins (1997, p.423-424) sustentam que:

“a doença e a hospitalização constituem, portanto, uma crise na vida da criança. [...]. É uma experiência estressante e traumática, podendo a criança apresentar manifestações de ajustamento, como inapetência, perda de peso, agressividade,

desejo incontrolável de fugir, dependência e falta de receptividade orgânica ao tratamento durante a internação [...].”

O ambiente hospitalar pela sua especificidade, não favorece um meio agradável para à criança, dado às formalidades que deve respeitar-se, o que torna a sensação dolorosa ainda mais agravante. Assim, Ferro e Amorim (2007, p.4) expõem que:

“o ambiente hospitalar é para ela um local de proibições; lá não se pode correr pelos corredores, jogar bola, falar alto e dependendo das regras do hospital também não se pode brincar. [...] é em geral assustador, pois não há nada nele que possa identificar com suas experiências anteriores, e somado a isso, o fato de sua debilitação física e emocional estarem presentes na situação, tornam a experiência ainda mais agravante.”

A hospitalização para à criança constitui um aspeto bastante desconfortável, pois modifica totalmente o dia-a-dia da mesma, assim o enfermeiro deverá prestar cuidados de forma holística, estando atento a todos os comportamentos, de modo a permitir que não haja alteração na sua recuperação, eliminando assim a sensação dolorosa e o medo do ambiente hospitalar.

1.5.1-Fatores de stress nas crianças durante a hospitalização

A doença surge na vida da criança como um enorme terramoto, interferindo a vários níveis, “não só no plano real, mas também no plano dos afetos, das fantasias, do equilíbrio das relações interpessoais, das representações de si próprio e dos outros, interferindo com o próprio pensamento e alterando a imagem corporal” (Gonçalves, 2006, p.18).

Os fatores de stress durante a hospitalização varia de acordo com o desenvolvimento de cada criança, assim, Lissauer e Clayden (2007, p.3) afirmam que,

“o mundo da criança é influenciado pelo género, pela genética, pela saúde física, pelo temperamento e pelo desenvolvimento. Também varia com a idade; a vida de um lactente ou de um pré-escolar é principalmente determinado pelo seu ambiente doméstico, a do escolar, pela escola e pelos amigos.”

Segundo Whasley e Wong (1999, p.593) os principais fatores de stress na criança hospitalizada são:

Fatores de stress físicos:

- Dor e desconforto (decorrentes de procedimentos invasivos)
- Imobilidade (decorrente da doença, imposta ou necessária)
- Privação de sono
- Impossibilidade de comer ou beber
- Alterações dos hábitos de eliminação

Fatores de stress psicológicos:

- Falta de privacidade
- Incapacidade para comunicar (decorrentes da doença)
- Inadequado conhecimento ou compressão da situação
- Gravidade da doença

Fatores de stress ambientais:

- Ambiente pouco familiar e estranho
- Sons, luzes e odores estranhos (dos equipamentos hospitalares, dos funcionários e dos outros clientes; cheiros dos desinfetantes, odores corporais)
- Pessoas estranhas (profissionais de saúde, clientes e seus familiares)
- Atividade relacionada com outros clientes
- Comentários indelicados

Os fatores de stress revelam como a vida da criança é afetada pela hospitalização, pois são seres frágeis e vulneráveis, o que leva assim uma intervenção precisa por parte do enfermeiro para que estes sejam totalmente superadas.

1.6-Enfermagem

A enfermagem é uma profissão em que, ajudar o ser humano é fazer com que este torna-se independente ou seja capaz de realizar as suas necessidades. De acordo, com Horta (1979, p/d):

“A enfermagem é a ciência e a arte de assistir ao ser humano (indivíduo, família e comunidade), no atendimento de suas necessidades básicas; de torná-lo independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do autocuidado, de recuperar, manter e promover sua saúde [...]. Assistir, em enfermagem, é fazer enfermagem, é fazer pelo ser humano tudo aquilo que ele não pode fazer por si mesmo; ajudá-lo ou auxiliá-lo quando parcialmente impossibilitado de se auto cuidar [...].”

Por sua vez, Paterson e Zderad (1979, p.29) afirmam que, “a enfermagem é uma resposta aos males da condição humana [...]. Um ser humano necessita certo tipo de ajuda e o outro a proporciona.”

Por outro lado, Doenges e Moorhouse (2010, p.10) afirma que:

“a essência de enfermagem caracteriza-se pela proteção, promoção e otimização da saúde e das capacidades, prevenção da doença e lesões, alívio do sofrimento através do diagnóstico e o tratamento da resposta humana e apoio aos cuidados dos indivíduos, das famílias e das populações.”

Sendo assim, é uma ciência que aponta para uma metodologia própria por meio do saber técnico-científicos, prestando cuidados ao utente no seu todo, a nível físico, psicológico, e cultural, sem conceber juízos de valor.

Segundo (*ibidem*:1) ilustra que, “a enfermagem é simultaneamente uma ciência e uma arte, que envolve as preocupações físicas, psicológicas, sociológicas, culturais e espirituais do indivíduo.”

Após expor a enfermagem enquanto profissão, não se pode deixar de mencionar em especial a Enfermagem Pediátrica. Esta, “como especialidade, não é exceção. Uma especialidade define-se como um ramo de prática de enfermagem que exige que a enfermeira possua conhecimentos e perícia especiais. A pediatria é uma especialidade de prática de enfermagem que envolve o cuidar de crianças saudáveis e doentes” (Opperman, Cassandra, 2000, p.21).

Em pediatria também se deve ter em consideração a família, assim, Oliveira *et al*, (2005, p.202-205) afirmam que, “a enfermagem centra o seu cuidado não apenas na criança mas na sua família que é o seu núcleo de suporte.”

Whasley e Wong (1989, p./d) afirmam que:

“o atendimento à criança e a sua família é um desafio para a equipe de saúde, necessitando-se efetivar o acompanhamento da criança, orientando e dando suporte para que ocorra uma assistência planejada, individualizada e de qualidade com o recurso socioeconómico da comunidade a que pertence.”

O principal objetivo da enfermagem pediátrica é “assistir a criança, atendendo as suas necessidades biológicas, psicológicas, sociais e espirituais, e de sua família, proporcionando-lhe atendimento individual em sua comunidade” (*ibid*, p/d).

Neste contexto, à criança é definida segundo a Convenção sobre os Direitos da Criança (1999, p.6) como “todo ser humano menor de 18 anos, salvo se, nos termos da lei que lhe for aplicável, atingir a maioridade mais cedo.”

Guinsburg e Cuenca (2010, p.2) mencionam que:

“no ser humano a dor é uma sensação expressa e lembrada através de palavras. O adulto imediatamente associa a palavra dor a outras palavras ou expressões verbais, tais como: *Ai! Ui! Lateja! Arde!* As crianças verbalizam a dor associando-a, em geral, ao objeto agressor.”

1.7-Assistência de enfermagem humanizada

Segundo o dicionário da língua portuguesa (1952, p.164-898) a assistência é uma “ação de auxiliar tecnicamente alguém, ação de ajudar ou prestar socorro a alguém, amparo,

socorro prestado a pessoas com necessidades” e a humanização como “ato de humanizar ou humanizar-se (tornar humano, tornar compreensivo, sociável, adoçar, suavizar).”

Horta (2005, p.36) defende que, “[...] a assistência de enfermagem consiste em atender as necessidades básicas do ser humano através da aplicação sistematizada do processo de enfermagem.”

Nesse sentido, Stumm, Leite e Maschio (2008, p.75-82) referem que “assistir implica colocar-se no lugar do outro, geralmente em situações diversas, quer na dimensão pessoal, quer na social [...].”

O tema humanização é muito amplo e, necessita de mais compreensão por parte dos profissionais da saúde, colocando-se sempre no lugar do semelhante, fazendo assim a distinção na assistência prestada, sistematizada e particularizada.

Para Piedade (2011, p/d) “a humanização dos cuidados é necessário repensar as práticas, no sentido de encontrar alternativas e competências continuamente. A forma competente de aplicar a técnica deve estar associada a forma competente de atender a outro.”

Neste sentido, a dor na criança não foge à regra na assistência humanizada, proporcionado à mesma um desenvolvimento na sua vida, sendo uma grande mais-valia para os profissionais de enfermagem.

Os cuidados prestados à criança em sua vivência com a dor, requer do enfermeiro habilidades peculiares, levando em conta a subjetividade de como esta é sentida pela criança. Assim sendo, o alívio da dor proporciona à criança condições para se restabelecer adequadamente, o que nos remete aos princípios da humanização e da ética no plano dos cuidados de enfermagem.

O cuidado hospitalar humanizado é garantido por lei no qual viabiliza à criança que lhe seja proporcionado desenvolvimento integral, conforme dispõe o Estatuto da Criança e Adolescente:

Art. 3º - A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros, meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade (p.11)

Art.º. 7º - A criança e o adolescente têm direito à proteção, à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência (p.12)

Forlin (2011, p/d) diz que:

“o enfermeiro através da sua sistematização do atendimento à criança permite que seja compreendidos as necessidades e receios e ansiedade da criança com consequência permite a percepção do envolvimento de brincadeiras durante o seu tratamento sendo que pode ser utilizado o lúdico como um dos elementos fundamentais para a assistência prestada à criança no qual proporciona uma comunicação entre enfermeiro e a criança.”

O Enfermeiro ao prestar uma assistência humanizada deve apelar por uma comunicação-terapêutica, presença, carinho, e empatia para com à criança. Assim, Phaneuf (2005, p.396-397) menciona que:

“é [...] importante dizer-lhe que não deve recear a dor porque existem meios eficazes de a aliviar. A palavra nem sempre é suficiente para tranquilizar e para exprimir a empatia, [...] o tocar toma uma grande importância. A mão que toca, que acaricia ou massaja os músculos dolorosos, é o auxílio que a enfermeira presta a este ser cheio de sofrimento e de angústia para o ajudar a atravessar este momento difícil.”

A assistência de enfermagem implica planejar uma ação em que o cuidar é uma das ferramentas do enfermeiro, que vai ao encontro de um ato, ou seja, a atitude do enfermeiro perante à criança com dor, evidencia toda a sua competência e profissionalismo.

Sousa *et al* (2005, p.267) comentam que, “cuidar em enfermagem consiste em envidar esforços transpessoais de um ser humano para outro, visando proteger, promover e preservar a humanidade, ajudando pessoas a encontrar significados na doença, sofrimento e dor, bem como, na existência [...].”

Nesse contexto, a Coleção Guia de Saúde (2005, p.3) diz que “é dever de todos nós cuidar das crianças e assegurar que tenham um crescimento adequado, tanto no ponto de vista da saúde como no que refere ao seu bem-estar psicológico, afetivo, social, etc.”

Collière (2003, p.179) ilustra que:

“os cuidados em enfermagem são prestados objetivando limitar as perturbações e os prejuízos causados pela doença, é dada prioritariamente atenção aos cuidados de vida diária prodigalizados com mais intensidade com o intuito de aliviar, confortar, manter «as forças» para combater a doença.”

Por sua vez, Potter e Perry (2006, p.447) referem que:

“o ato de cuidar refere-se a atividades zelosas e competentes, diretas ou indiretas, [...], mercê de empatia, compassividade e apoio, e que dependem das necessidades, dos problemas e dos valores do indivíduo objeto dessa ajuda [...]. Ao invés da cura, os cuidados tendem a melhorar a condição de vida de indivíduos ou grupos.”

Boff (1999, p.33) ainda destaca que, “cuidar é muito mais que um simples ato, é uma atitude. Esta atitude é abrangente, é mais que um momento de zelo, atenção e desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilidade e de envolvimento afetivo com o outro.”

O enfermeiro ao participar do mundo da criança, se relaciona diretamente com realidade por ela vivenciada, e ao prestar cuidados, está também participando no seu processo de crescimento e desenvolvimento.

Forlin (2011, p/d) refere que, “a relação do cuidado diferenciado e humanizado da enfermagem à criança permite que ao ser cuidado possa entrar no seu mundo, cabe ao enfermeiro inserir no plano assistencial e treinamento junto a equipa para obtenção de um cuidado terapêutico com sucesso.”

1.7.1-Atividades lúdicas enquanto estratégia na assistência humanizada

O cuidado humanizado para ser totalmente alcançado, é necessário cores na arte do cuidar na área pediátrica, fazendo a diferença, fortalecendo a ideia de brincar e da brinquetoteca reforçando os vínculos de confiança entre criança-enfermeiro, o que facilita o cuidado, a fim de desanuviar o ambiente hospitalar.

Neste sentido, Maia, Ribeiro e Borba (2008, p.39-46) expõem que, “proporcionar o brincar nas unidades pediátricas é uma tentativa de transformar e minimizar os danos psicológicos e facilitar o acesso dos profissionais para realizações de procedimentos [...]”

Campos (2007, p/d) refere que:

“o brincar no hospital deve se fazer presente tanto nas atividades da criança quanto nas intervenções dos profissionais de saúde. O estar com a criança hospitalizada propiciando um espaço de livre expressão por meio do lúdico pode ser entendido como um dos componentes no processo de humanização.”

O brincar no ambiente hospitalar é uma necessidade que o enfermeiro deve ter em importância ao cuidar das crianças. Neste sentido, Forlin (2011, p/d) sustenta que

“brincar é importante, a criança e a equipe profissional deve reconhecer essa necessidade, propiciar meios para sua realização e incorporá-la de forma sistemática na assistência diária, Como afirma D’Antônio, “a enfermeira é um orquestrador que facilita a brincadeira da criança.”

Lange e Matina (2009, p.282) afirmam que, “ao brincar, a criança se sinta no presente, passado e futuro, separando situações traumáticas, simbolizando, falando, representando conteúdos que a perturbam.”

Oliveira, Gabarra, Macon, Silva e Macchiaverne (2009, p.310) acrescentam que, “as atividades lúdicas ao propiciarem situações de tomadas de decisão e autonomia, transformaram o ambiente hospitalar despersonalizante em um lugar mais previsível e controlável para a criança.”

As atividades lúdicas resultam num grande equilíbrio na assistência humanizada dentro dos cuidados de enfermagem. Na linha de Viegas (2007, p.168) “[...] utilizar alguns

mecanismos lúdicos para humanizar e por alguns instantes, desassociar o ambiente do sofrimento e atribuí-lo características acolhedoras e divertidas, se tornam justificadas.”

Assim, “as atividades lúdicas modificam o ambiente hospitalar, podendo ser utilizadas conceitos de ludoterapia no qual através de brincadeiras com as crianças mostra a importância dos curativos e administração de medicamentos para sua total ou parcial recuperação” (Mendes, Broca e Ferreira, 2009, p.530-536).

Para o autor, “o brinquedo tem um importante valor terapêutico, influenciando no restabelecimento físico e emocional, pois pode tornar o processo de hospitalização menos traumatizante e mais alegre, fornecendo melhores condições para a recuperação” (Brito, 2009, p.802-808).

Na ótica de Ferrari, Alencar e Viana (2012, p.660-673):

“a brincadeira classifica-se em dois tipos distintos: recreativa e terapêutica. A brincadeira recreativa tem como objetivo central o prazer e a distração, com participação espontânea da criança, não sendo estruturada. A brincadeira terapêutica refere-se a atividades direcionadas por um profissional, sendo estruturada, visando bem-estar emocional e físico do paciente [...]”

O enfermeiro por estar em constante contato com a criança, deve-se estar inserido dentro da assistência humanizada. Neste sentido, Whasley e Wong (1999, p.1118) aludem que,

“o enfermeiro deve estar inserido nesta assistência humanizada, é ele quem mais conhece o paciente, é o profissional que permanece mais tempo com o paciente dentro da equipe multidisciplinar, desde os procedimentos que o tratamento requeira até a evolução diária do paciente durante a sua internação. Whasley e Wong (1999, p.1118).”

Castanha, Lacerda e Zangonel (2005, p.94-99) enfatizam que:

“atuação do enfermeiro como cuidador na modalidade «Contador de Histórias» instrumento de cuidado tal atividade demonstrou o dinamismo do imaginário, pois, mediante a fantasia das histórias, transforma a realidade vivida em sonho e transporta a criança, por momentos para um mundo em que não se convive com a dor e o sofrimento, a atividade estabelece a relação interpessoal entre o enfermeiro e a criança. Esta modalidade lúdica de cuidado auxilia na recuperação da criança doente e na aceitação da condição em que ela se encontra e na sua adaptação ao novo espaço, trazendo benefícios ao seu estado geral e isso permitiu ao enfermeiro desenvolver o cuidado sensível.”

A assistência de enfermagem humanizada à criança com dor remete-se em planejar uma ação, utilizando o cuidado humanizado, como o brincar, a fim de obter uma participação ativa por parte da criança, eliminando medo e a ansiedade.

1.7.2-Assistência centrada na família

É de extrema importância referir uma assistência humanizada no ambiente hospitalar com os familiares da criança, visto que, estes são a referência fundamental da mesma, pois permitirá um olhar decisivo na assistência, estabelecendo um vínculo de enfermeiro-criança-família.

Deste modo “o cuidado em enfermagem pediátrica tem como objetivo a promoção do bem-estar da criança e sua família. Para que isso aconteça é necessário que as enfermeiras desenvolvam ações com o intuito de prevenir doenças, prestar cuidados no sentido de manter um nível ótimo de crescimento e desenvolvimento, bem como reabilitar crianças com modificações do seu estado de saúde, tendo como alvo de cuidados a família” (Martins *et al*,1997, p.423).

Pinto, Canata, Oliveira, Dalge e Paes (2009, p.18-23) referem que, “a assistência centrada na criança e na família ainda é algo incipiente [...]. A convivência constante dos enfermeiros com a família tem sensibilizado na experiência do cuidado.”

Segundo Barros (2003, p.107) “a presença de um familiar durante a hospitalização é uma das medidas mais importantes para reduzir a ansiedade da criança, mas é necessário que esse adulto possa beneficiar de um ambiente geral adequado, e de contato com profissionais que o apoiem e orientem.”

Cintra, Silva e Ribeiro (2006, p.497-501) sustentam que:

“a prestação da assistência de enfermagem à criança, “[...] é algo abrangente, além da execução adequada da técnica ou do domínio dos conhecimentos relacionados à determinada patologia, exige que à criança e a sua família sejam contempladas como um todo: suas necessidades emocionais, estabelecer vínculos com ela e a sua família, saber compreendê-la, conforme a fase de desenvolvimento em que se encontra [...].”

Por sua vez, Bousso e Ângelo (2001, p.21) referem que:

“no contexto do processo de cuidar da criança que experiência dor, é necessário incluir os membros da família, uma vez que consideramos primordial o profissional de saúde valorizar o envolvimento dos mesmos no cuidado à criança [...].É essencial colher os dados básicos que permitem conhecer à criança e a família para assim assisti-las a partir de suas necessidades [...].”

O profissional que se propõe ao cuidado humanizado deve estabelecer uma relação com a família, pois, o impacto da dor, a hospitalização, os procedimentos dolorosos, o ambiente diferente, são fatores que influenciam situações de stress a esses seres tornando traumático a dor.

Nesse contexto, a assistência do enfermeiro é prestar cuidados com eficiência e eficácia à criança e a sua família, promovendo a qualidade do cuidar, previstos pelos mesmos.

À luz desses propósitos, o “enfermeiro tem o compromisso de prover assistência de enfermagem de qualidade, devendo ter ou desenvolver alguns requisitos mínimos para cuidar adequadamente da criança com dor e sua família, como: saber reconhecer que a criança sente dor, distinguir suas reações perante a dor, desenvolver um relacionamento de confiança com a criança e sua família, ter disponibilidade para assisti-las durante essas experiências dolorosas e ter empatia” (Damião e Rossato-Abéde, 2001, p.113-118).

Geralmente, na sociedade cabo-verdiana é atribuído à mulher o cargo da reprodução e do sustento do agregado familiar (Herbert, 2012, p.30). Neste sentido, a mulher cabo-verdiana exerce inúmeras funções na família, isto é, são vistas como mãe, esposa e chefe de família e também são responsáveis por cuidar dos seus membros, nesse caso as crianças, pois, só é permitindo no ambiente hospitalar na maioria das vezes a presença da mãe.

Em Cabo-Verde, o laço entre mães e os seus filhos superam, muitas vezes, a fragilidade dos laços entre marido e mulher, tendo em conta que, a relação entre uma mulher e o pai do seu filho é bastante volúvel, sobretudo nos estratos mais baixos da sociedade, onde os parceiros masculinos são efémeros e um elevado número de crianças não é educada pelos seus progenitores (*ibidem*).

O enfermeiro ao assistir as famílias cabo-verdianas deve-se ter em conta a situação que muitas se vê dentro da nossa sociedade, onde temos mães solteiras jovens, sem conhecimento, cuidando dos seus filhos doentes ou saudáveis, procurado ajuda aos serviços de saúde.

1.7.4-Papel do enfermeiro

O enfermeiro, como prestador de cuidados à criança com dor, convém que utilize todos os recursos e habilidades de modo a aliviar e diminuir a dor. Segundo Pederson *apud* Whasley e Wong (1993, p.561) mencionam que,

“mesmo quando a criança rejeita pessoas estranhas, a enfermeira fornece apoio através da presença física. A presença é definida como passar tempo estando fisicamente próximo à criança, enquanto utiliza um tom tranquilo de voz, escolhe as palavras apropriadas, faz contacto visual e a toca, de modo a estabelecer o relacionamento e a comunicar empatia.”

Tavares (2011, p.23) refere que:

“o conforto alude aos elementos que concorrem para [...], a doçura, apela a uma grande capacidade de atenção por parte da enfermeira para com o cliente, é o tom de voz, um ouvido atento, o olhar, o toque, o ir ao encontro de quem chora, com o intuito de tentar aliviar o sofrimento.”

Neste contexto, o enfermeiro que presta cuidados à criança com dor, utiliza todas as suas capacidades, promovendo o bem-estar desta, demonstrado o benefício desses cuidados de enfermagem. Assim, Sousa (2005, p.268) afirma que, o “cuidado de enfermagem promove e restaura o bem-estar físico, o psíquico e o social e amplia as possibilidades de viver e prosperar.”

O papel do enfermeiro na assistência à criança com dor, expressa-se que a comunicação seja o primor na relação enfermeiro-criança, para que se possa ter uma relação de confiança por parte da mesma.

Phaneuf (2005, p.38) refere que, “numa comunicação enfermeira-pessoa cuidada eficaz, é importante que a expressão facial da enfermeira vá de encontro ao estado emotivo da pessoa a que se dirige.”

Silva, Pinto, Gomes e Barbosa (2011, p/d) afirma que “o processo de comunicação com à criança no sentido de preparação para os procedimentos dolorosos faz com que a criança se sinta à vontade, diminuindo o medo e o temor na realização desses procedimentos.”

Por sua vez, Barros (2003, p.44) referencia que “a explicação processual do adoecer e do curar, a ideia de que no seu corpo alguns heróis lutam para o micróbio inimigo, ou de que os pensamentos positivos podem vencer as ideias de medo, podem interessar à criança e motivá-la para uma participação mais ativa e positiva no seu tratamento.”

Ainda o mesmo autor menciona que “a criação de um espaço acolhedor, bem estruturado, e que convide ao envolvimento em atividades de jogo, permite à criança e à família não concentrarem todas as suas energias e atenção na situação dolorosa, e, ao contrário, envolverem-se em atividades que podem proporcionar prazer e distração” (*ibid*).

O papel do enfermeiro é primeiro permitir que à criança se sinta amparada de modo a expressar, falar sobre o seu medo, e de lhe mostrar que foi ouvida. A compreensão empática toma aqui todo o seu sentido, como a presença calorosa, tranquilizadora, que por sua vez, conduzirá à criança a ver que ela não está abandonada, e que alguém está lá para a assistir.

Phaneuf (2005, p.355-394) expõe que, “a enfermeira tem que respeitar [...] o medo que estão ligados à criança, tem de envolver-se totalmente, com seu corpo, o seu olhar, a sua palavra, mas principalmente com a afetividade. É também importante juntar-lhe o calor da sua presença e da sua compreensão.”

O papel do enfermeiro na área pediátrica é bastante exigente, há que ter um instinto, estimar esse público-alvo e ter uma forte personalidade que vá de encontro ao cuidado à criança.

É de importância salientar a opinião de Diogo (2001, p.17-21) quando expressa que:

“trabalhar no serviço de pediatria sustenta uma orientação análoga àquele em que se acredita, para que exista assim, naturalmente, um estímulo e empenho muito forte por parte de quem cuida. Neste sentido, a enfermeira que trabalha em pediatria tem que dispor de determinadas características como: gostar de criança; ter capacidade de relação com criança; conhecimento de pediatria e por fim ter personalidade estável que a possibilitem alcançar os objetivos do cuidado à criança.”

1.7.5-Intervenções de enfermagem

É de suma importância que os profissionais de saúde que atendem à população pediátrica saibam identificar os melhores métodos de avaliação de dor na criança, de acordo com sua idade e conheçam as estratégias atualmente preconizadas para o manejo da dor nesses utentes.

Para Whasley e Wong (1999, p.546) “ao cuidar das crianças, as enfermeiras devem fazer uma apreciação das preocupações infantis a respeito da lesão corporal e das reações a dor em diferentes períodos do desenvolvimento.”

Bousso e Ângelo (2001, p.21) afirmam que “intervenção de enfermagem refere-se a qualquer ação ou resposta do profissional que inclui ações terapêuticas e respostas efetivas e cognitivas que ocorrem no contexto do relacionamento entre o profissional, o indivíduo, a família e a comunidade.” Complementa McCloskey e Bulechek (2004, p.20) que “a intervenção de enfermagem é qualquer tratamento, baseado no julgamento e conhecimento clínico, realizado por enfermeiro para aumentar os resultados do paciente/cliente.”

Durante a hospitalização da criança com dor, os procedimentos a serem adotados vão no sentido de garantir as catorze necessidades humanas fundamentais. Para Henderson *apud* Tomey (2002, p. 114) uma necessidade é uma exigência, e neste sentido, ela identifica catorze necessidades neste modelo conceitual de enfermagem:

“Respirar normalmente; Comer e beber adequadamente; Eliminar os resíduos corporais; Mover-se e manter posturas corretas; Dormir e descansar; Vestir-se e despir-se, selecionando vestuário adequado; Manter a temperatura corporal, adaptando o vestuário e modificando o ambiente; Manter a higiene e a proteção da pele; Evitar perigos ambientais e impedir que prejudiquem os outros; Comunicar com os outros, expressando emoções, necessidades, receios e opiniões; Viver segundo crenças e valores; Trabalhar de forma a obter realização e satisfação; Praticar desporto ou participar em diferentes atividades recreativas; Aprender, descobrir ou satisfazer a curiosidade que conduz ao desenvolvimento e à saúde utilizando os meios disponíveis.”

Segundo (*ibidem*), “o enfermeiro deve desenvolver o modo de intervenção mais adequado, tendo como objectivo primordial o restabelecimento da independência ou a sua conservação de modo que o doente possa responder às suas necessidades.”

De acordo com, a Ordem dos Enfermeiros (2013, p.34-35) “na prática, os diferentes diagnósticos orientam para a prescrição de intervenções de Enfermagem com ações do tipo «vigiar», «monitorizar», «gerir», «ensinar», «instruir», «treinar» e «executar», numa atuação abrangente do fenómeno «dor» na criança [...].”

Ora, quer isso dizer que o diagnóstico de enfermagem “é um Julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos problemas de saúde/processos vitais, reais ou potenciais. O diagnóstico de enfermagem proporciona seleção das intervenções de enfermagem visando o alcance dos resultados pelos quais a enfermeira é responsável” (Carpenito, 2002, p. 33).

As intervenções de enfermagem contidas no NIC em relação à dor na criança, visam promover os cuidados, e dar respostas as necessidades do público-alvo, a fim de melhor o quadro álgico (*cf.* Apêndice VII), que vão de encontro com os diagnósticos de NANDA, segundo McCloskey e Bulechek (2004):

- Dor;
- Redução da ansiedade;
- Controle de energia;
- Incremento do sono;
- Brinquedo terapêutico;
- Redução do stresse por mudança;
- Risco de sentimento de impotência;

Em suma a enfermagem como arte, as suas intervenções vão no sentido da criança conseguir melhor o seu bem-estar ou ser capaz de realizar as suas necessidades independente, porque todo o individuo necessita ser independente.

1.7.6-Desafios de enfermagem na assistência humanizada

No que se refere ao cuidado à criança com dor, ela exige do enfermeiro capacitação no saber técnico científico, bem como, nos aspetos comportamentais e psicológicos da criança, visando o conforto e o bem-estar da mesma.

Assim, “o cuidado [...] à criança é entendido como uma abordagem de cuidado integral e ativo, o qual engloba elementos físicos, emocional, social e espiritual, centrando-se no aumento da qualidade de vida para à criança [...]” (Floriani, 2010, p.68-78).

Silva, Issi e Motta (2011, p/d) referem que, “cabe aos profissionais da equipe de enfermagem a responsabilidade de resgatar [...] conforto e individualidade do paciente e sua família.”

Lopes, Silva e Andrade (2007, p.6) mencionam que,

“a atuação do enfermeiro na atenção [...] pediátrica é acompanhada por inúmeros desafios os quais influenciam sobremaneira o modo de gerenciar o cuidado de enfermagem. Um dos grandes desafios para o enfermeiro e demais profissionais da equipe de saúde é proporcionar qualidade de vida à criança [...]. Isso exige primeiramente uma mudança paradigmática para a compreensão de que as ações direcionadas à criança [...] não visam à cura, mas a qualidade de vida durante o viver [...] da criança.”

Diante do exposto, “[...] aponta que no cuidado ao paciente [...] o controle da dor é destacado como uma das prioridades da assistência. No entanto, alguns profissionais relataram uma maior dificuldade na avaliação da dor quando a criança não pode se expressar verbalmente” (Menossi, 2004, p.118).

O enfermeiro ao cuidar da criança com dor, por si só já é um desafio, visto que, entre esta e o profissional de saúde existe uma certa lacuna na relação. Do ponto de vista, acima descrito é de extrema importância que o enfermeiro tenha capacitação para ultrapassar estes desafios nessa área.

CAPÍTULO II – METODOLOGIA

2.1-Percurso metodológica

O presente trabalho versa um desenho descritivo-fenomenológico de carácter qualitativo, porque permitirá conhecer mais sobre o assunto em estudo, guiado pelo caminho metodológico. Compreendendo quatro partes distintas: a primeira identifica-se o tipo de estudo e a sua classificação, clarificando como irá percorrer a investigação; a segunda nomeia-se os instrumentos de recolha de dados e sua classificação; na terceira traz-se a descrição dos participantes no estudo e bem assim a amostra e sua classificação; e finalmente, na quarta fase destacam-se os aspetos éticos a se ter em conta numa investigação.

2.2-Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, pois permitirá conhecer a perceção dos enfermeiros sobre os desafios que enfrentam no dia-a-dia na assistência à criança com dor, e de filosofia fenomenológico, pois permitirá ter uma compreensão mais alargada do trabalho que os enfermeiros prestam e das suas perceções sobre este fenómeno dor na criança, onde se baseou a problemática de investigação de forma qualitativa, cuja finalidade é descrever os desafios que estes enfrentam ao cuidar das crianças.

Fortin, Côté e Fillion (2009, p.221) expõem que, “os estudos descritivos visam compreender fenómenos vividos por processos, categorizar uma população ou conceptualizar uma situação.”

Parse *apud* Fortin, Côté e Fillion (2009, p.27) referem que “a metodologia qualitativa consiste na descrição de modos ou de tendências e visa fornecer uma descrição e uma compreensão alargada de um fenómeno. São únicos e não previsíveis e os esforços são orientados para a compreensão total do fenómeno estudado.”

2.3-Instrumento de recolha de dados

Na primeira etapa, foi empregue um guião de entrevista que é muito utilizado na recolha de dados na investigação qualitativa.

Tendo em conta o tema do trabalho utilizou-se como técnica de colheita de dados a entrevista estruturada. Este tipo de entrevista vai ao encontro dos objetivos delineados para a temática deste estudo, porque permite colher informação junto dos participantes relativamente às suas ideias, preferências, comportamentos, sentimentos, expectativas e atitudes (Fortin, 1999, p.388).

Para a obtenção das informações, e de acordo com o objeto de estudo, os objetivos definidos e a problemática, foi construído um roteiro de entrevista estruturada, aplicada aos

enfermeiros, onde a recolha de dados foi feita por meio da elaboração de um guião com perguntas, pois, estas foram verificadas e validadas pelo orientador do estudo que concordou com as mesmas, assim os objetivos pretendidos foram alcançados (*cf.* Apêndice II). Esse guião, é composto por questões abertas divididas em duas secções, uma primeira, referente a identificação e caracterização dos participantes e segundo, por um conjunto de outras questões, cuja finalidade é a abordagem da temática central do estudo, a fim de clarificar o problema.

Utilizou-se também a observação direta para recolha das informações, mediante a utilização de um guião de observação (*cf.* Apêndice VI). A observação direta visa descrever os componentes de uma dada situação social (pessoal, lugares, acontecimentos, etc.) a fim de extrair tipologias desta [...] (Fortin, 2009,p.241).

O objetivo é observar os reais desafios dos enfermeiros na prestação da assistência humanizada, os comportamentos dos enfermeiros face à criança com dor, a prestação de um cuidado humanizado e as limitações do enfermeiro na prestação dos cuidados bem como descrever as limitações da instituição.

2.4. População/Amostra

A população do estudo foi de dez enfermeiros que trabalham no SUP, em que seleccionou-se uma amostra do tipo probabilístico aleatória simples, de seis enfermeiros, com idade compreendida entre 25 á 48 anos, dos quais dois são do sexo masculino e quatro do sexo feminino (*cf.* Apêndice IV), que se disponibilizaram a participar, a fim de identificar os reais desafios no dia-a-dia na assistência humanizada à criança com dor.

A caracterização do perfil dos entrevistados vai de encontro com a faixa etária, o tempo de serviço, as habilitações literárias, tendo como critério de inclusão o facto de estes trabalharem com crianças, á fim de comparar as formas ou métodos de prestação de serviços entre estes, numa abordagem holística e não apenas intervenção farmacológica, perante a mesma.

Segundo Ruquoy (1997, p.103) “nos estudos qualitativos, [...] os indivíduos não são escolhidos em função da importância numérica que representam, mas antes ao seu carácter exemplar.”

2.5-Campo empírico

O local de estudo foi no SUP do HBS, e sua caracterização foi feita por meio do guião de observação, visto que, não documentação precisa sobre a sua descrição. Este sector

é constituído pelo serviço de banco de urgência, que dispõe de um serviço de receção, onde são recolhidos os dados do utente; a sala da espera com dois banheiros, uma sala de observação onde os utentes ficam; a sala de tratamentos, onde são realizadas atividades como a cateterização periférica, a soroterapia, os curativos, as injeções, etc.; há o serviço da enfermaria, que é constituído por um quarto para a prestação de cuidados aos utentes com diarreia e vómitos, um quarto com outras doenças e dois quartos para isolamentos, um quarto para os familiares, uma cozinha, um refeitório onde são também realizadas algumas brincadeiras e um parque de diversão.

Existe duas salas para as consultas médicas e uma sala para os médicos. O serviço de pediatria funciona vinte e quatro horas por dia, tem profissionais que trabalham por turnos (de manhã, à tarde e à noite). Nos períodos da manhã, o serviço dispõe de duas enfermeiras às vezes três, uma enfermeira chefe e a (s) enfermeira (s) de turno. À tarde e à noite há sempre uma enfermeira e um auxiliar de serviços disponíveis.

Quanto à presença/acompanhamento de médicos, verificámos que, o turno de manhã pode ter até quatro médicos, à tarde há dois e à noite há apenas um médico. Existe uma animadora infantil no serviço, que trabalha no período de manhã.

Todos os espaços têm a mesma acessibilidade e comodidade. Existem três quartos para as hospitalizações e dois para isolamentos, enquanto, um quarto de hospitalização pode ter até oito crianças, o isolamento pode ter até três (conforme o número de berçários no quarto), não se encontram decoradas (pintadas com a cor branca e cinza, com portas e janelas de cor verde escura). As decorações existentes estão só nos corredores e no refeitório. Partilham os mesmos recursos humanos. Existem poucos materiais ergonómicos e poucos materiais didáticos e muitas vezes não se encontram ao alcance das crianças.

O Serviço disponha de uma animadora infantil mas, não se verificou a realização de nenhuma atividade lúdica. A falta de condições de trabalho (materiais e equipamentos) deixa os enfermeiros muitas vezes desprotegidos. Para a diversão das crianças existe um parque, mas se encontra abandonado e sem condições para tal. Não existe nenhum tipo de materiais audiovisuais.

Não foi verificado atividades lúdicas para qualquer criança. Muitas vezes os enfermeiros estão condicionados pela falta de tempo por estarem sempre muito ocupados, porque são poucos para muitas crianças.

2.6-Aspetos éticos

A principal etapa da realização desta monografia passou pela elaboração de um projeto de Trabalho de Conclusão de Curso da Licenciatura em Enfermagem apresentado à Universidade do Mindelo, tendo sido aprovado.

Segundo Streubert e Carpenter (2002, p.37) “a prática profissional de enfermagem e das disciplinas relacionadas com a saúde, tal como a medicina, enfrentam situações que exigem cotidianamente tomadas de decisões éticas e morais.”

Uma vez obtida autorização da Coordenadora e da Orientadora do Curso de Enfermagem da Universidade do Mindelo (Anexo I), de seguida foi elaborado um requerimento a ser entregue no Hospital Batista de Sousa, para a recolha de dados pertinentes da investigação (*cf.* Apêndice I).

Antes de iniciar o trabalho teve-se contato com a Enfermeira Chefe do SUP, para dar conhecimento da intenção de realizar o trabalho neste sector, tendo obtido receptividade da sua parte.

De seguida preparou-se o material para as entrevistas. As entrevistas foram realizadas entre 6 e 10 de Junho de 2015, com duração aproximada de 30 minutos cada onde foram redigidas à mão, devido a dificuldade em adquirir o material. No início de cada entrevista fez-se a leitura e a entrega do Termo de Consentimento Informado (TCI) para assinatura, documento esse que contém um conjunto de informações, clarificando a finalidade e natureza da investigação (*cf.* Apêndice III). Tal documento que visa essencialmente obter uma participação ativa, em que as informações fornecidas seriam empregadas para fins científicos, com total garantia do anonimato, da confidencialidade das informações.

Ademais, o documento deixa claro que, os participantes têm toda a liberdade para a qualquer momento desistirem da entrevista, se por qualquer razão assim o entenderem fazer. Assim, para preservar o anonimato das entrevistas realizadas com a equipe de enfermagem, utilizou-se na análise de dados os seguintes nomes por ordem numéricos: enfermeiro (Enf.) 1 á Enf. 6.

Para a realização da observação direta, foi entregue um requerimento ao HBS (*cf.* Apêndice V), com o objetivo de recolher informações para confrontar com os dados das entrevistas. Antes de efetuar a observação, teve-se contato com a Enfermeira Chefe do respetivo SUP, que foi concedida pela mesma. De seguida realizou-se o estudo entre oito á catorze de Agosto, num período de três horas, de nove às doze horas, totalizadas assim vinte e uma horas.

CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO E ANÁLISES DOS RESULTADOS

No presente capítulo pretende-se demonstrar os resultados obtidos e sua interpretação, através da análise das entrevistas e da observação realizada, a fim conhecer os desafios de enfermagem na assistência humanizada à criança com dor.

3.1- Caracterização dos entrevistados

Todos os entrevistados são enfermeiros, três são quadros efetivos do Ministério de Saúde, formados na escola de Enfermagem Hugo de Barros, um tem bacharel e os restantes nas universidades nacionais e internacionais, e com complemento de licenciatura em enfermagem adquirida nas universidades nacionais.

A caracterização do perfil da equipa de enfermagem é complementada, como se pode observar em (*cf.* apêndice IV), com referência à faixa etária, tempo de serviço e tempo de serviço no sector de pediatria. A idade dos participantes varia entre os 25 á 48 anos de idade.

No tocante ao tempo de serviço dos entrevistados no sector de pediatria, foram encontrados os seguintes resultados:

- Dois dos entrevistados têm entre 6 a 7 meses de serviço;
- Três têm entre 1 a 4 anos de serviço;
- E a restante tem 13 anos de serviço.

3.2- Apresentação e interpretação dos resultados

Foram entrevistados 6 enfermeiros do SUP do HBS. Para tanto, e para efeitos de coleta de dados, utilizou-se entrevistas estruturadas e a observação direta, destacando-se neste particular as seguintes categorias que contribuíram para identificar os desafios que os enfermeiros enfrentam ao prestar uma assistência humanizada à criança com dor. São elas: “Perfil sociodemográfico”, “Intervenções de enfermagem”, “Humanização dos cuidados”, “Benefícios de enfermagem na assistência” e “Limitações de enfermagem na assistência”. Examinou-se a importância de cada categoria, facilitando assim a exposição e interpretação dos resultados.

Categoria I - Perfil sociodemográfico

Essa primeira visa definir o perfil dos entrevistados de acordo com a faixa etária, tempo de serviço no SUP e experiência profissional. Deste modo, e de acordo com os resultados tanto a faixa etária como o tempo de serviço prestado neste setor, tem, a ver, nos reflexos no padrão de atendimento prestado por parte dos enfermeiros á criança na assistência humanizada dos cuidados.

Categoria II - Intervenções de Enfermagem

Esta categoria tem visa apresentar o uso das escalas de dor na criança, bem como os procedimentos e as estratégias utilizadas.

Sendo assim, o enfermeiro consciente da situação da criança, poderá definir os procedimentos adequados e as estratégias que utilizará para fazer um trabalho de qualidade, por conseguinte, satisfatório para ambas as partes.

Esta se divide em duas subcategorias: (1) aplicação das escalas de dor e (2) os procedimentos e as estratégias.

✓ Aplicação das escalas de dor

Pretende-se avaliar se o enfermeiro utiliza a escala de dor como instrumento fundamental para o alívio da dor na criança.

Dos entrevistados todos entendem que o uso das escalas de dor é muito importante na avaliação da dor, tendo em vista aliviá-la ou anulá-la.

Entende-se que a triagem de Manchester auxilia muito na avaliação, isso, devido a utilização da régua de dor, na avaliação, por ser fácil de aplicar. Esta conclusão pode ser aprovada, conforme os relatos:

“Utilizo as escalas de dor adequadas a cada idade, devido a Triagem de Manchester.” (Enf. 1)

“Utilizo as escalas de dor, após a implementação da Triagem de Manchester.” (Enf. 2)

“Sempre utilizo as escalas de dor, particularmente depois da implementação da Triagem de Manchester.” (Enf. 3)

“Utilizo as escalas de dor, porque têm um peso importante na prioridade atribuída à criança com dor.” (Enf. 6)

Nos comentários, constatou-se que nem todos os entrevistados usam as escalas de dor, pois, utilizam a observação para identificar a dor na criança. Com efeito, e de acordo com os relatos:

“Nem sempre utilizo as escalas de dor. Às vezes observo pela fisionomia da criança.” (Enf. 4)

“Utilizo com pouca frequência as escalas de dor.” (Enf. 5)

Pode-se concluir que as respostas dadas respondem à pretensão do estudo e se residem na linha em sentido á este assunto, pois demonstra a real situação do uso das escalas de dor no serviço.

De acordo com as observações feitas, se confirma o uso da régua de dor no SUP, por ser fácil de aplicar na anamnese da criança ao realizar a triagem.

✓ **Procedimentos e Estratégias**

Constatou-se que a Triagem de Manchester facilita o controlo no atendimento às crianças com dor, isso, devido ao uso da régua de dor, por ser simples, económico e fácil de aplicar.

Com respeito a todos os entrevistados, nota-se que o alívio da dor está extremamente vinculado ao uso de fármacos. Evidencia-se que a dor e o emprego de fármacos são a primeira opção, sendo um fator que centraliza na responsabilização de tratamento do profissional de saúde com o objetivo de minimizar a dor, de acordo com a doença de base da criança. Conforme os relatos:

“Primeiro utilizo a Triagem de Manchester, e de seguida aplico analgésico”. (Enf. 1)

“Utilizo a priori a triagem de Manchester, e dependendo da dor faço a intervenção farmacológica” (Enf. 2)

“Utilizo intervenções farmacológicas e não farmacológicas e interpessoais.” (Enf. 6)

Intervir numa criança com dor é uma tarefa bastante delicada para o enfermeiro, por isso cabe a ele buscar formas mais pertinentes como o brincar, a comunicação adequada à criança, de modo a ter uma colaboração participativa da mesma. Como consta nos depoimentos:

“ O uso da comunicação e a brincadeira são pontos importantes quando se aborda uma criança com dor.” (Enf.3)

“ Durante o atendimento à criança com dor dirijo-me sempre falando com a criança numa linguagem clara e adequada à idade, principalmente quando se trata de uma criança mais crescida, com objetivo de evitar mais dor.” (Enf. 4)

“ Converso sobre os gostos da criança, da vida pessoal como forma de ganhar confiança por parte da criança.” (Enf. 5)

Diante da situação estressante da dor, o enfermeiro deve desenvolver estratégias de modo que o cuidar não se concentra apenas nas intervenções farmacológicas. De acordo com os depoimentos, depreende-se que o conforto psicológico e físico, o canto, a massagem, a tranquilidade e a empatia são as estratégias utilizadas como meio de aliviar a dor e o ambiente. Conforme os relatos:

“Promovo o conforto psicológico e físico durante o internamento.” (Enf. 1)

“Canto sempre para tentar relaxar a criança, proporcionado conforto no leito, assim como no ambiente, massagem o local para proporcionar confiança entre enfermeiro-criança.” (Enf. 4)

“Utilizo a empatia e o conforto como estratégias no alívio da dor.” (Enf. 6)

Percebe-se que o interesse do controlo da dor na criança, tem suscitando um grande desafio para os enfermeiros, uma vez que a dor e a doença fazem parte da realidade do mundo da criança.

Dentro das observações constatadas, os enfermeiros utilizam os fármacos como primeiro meio para o alívio da dor, pois, o brincar e a comunicação são usadas ao abordar a criança, bem como outras estratégias nas intervenções.

Categoria III – Humanização dos Cuidados

Esta categoria aborda os desafios, a eficácia das intervenções, o desempenho dos enfermeiros e a importância da assistência humanizada, e bem assim entender se a equipe de enfermagem presta um serviço que garanta uma melhor qualidade de vida à criança. Esta encontra-se dividida em cinco subcategorias.

✓ Desafios

Dentro desta subcategoria identifica-se os desafios que os enfermeiros enfrentam ao prestar uma assistência humanizada à criança com dor.

Enfrentar esse público-alvo não é tarefa fácil, desse modo requer do enfermeiro capacitação para saber lidar com esta situação.

Diante dos desafios, os entrevistados, referem a realização de procedimentos (ex: cateterização venosa), casos de acidente, não conseguir aliviar a dor, trabalhar com esse público-alvo, assistência humanizada, o trauma da criança e o enfermeiro capacitado para lidar com esta situação. Assim, e conforme os relatos:

“Durante certos procedimentos, considera um enorme esforço profissional.” (Enf. 1)

“A cateterização venosa é um procedimento que devia ser mais breve possível.” (Enf. 2)

“Fazer de tudo para minimizar a dor, o que por vezes não se consegue. Isto, de certa forma nos faz sentir como seres impotentes.” (Enf. 3)

“No geral é um grande desafio trabalhar na área pediátrica, tanto a nível pessoal como profissional.” (Enf. 5)

“ A assistência humanizada, o trauma da criança, o enfermeiro capacitado para lidar com crianças.”(Enf. 6).

Na observação realizada constatou-se muitos desafios em relação à criança com dor, como a preparação das crianças para procedimentos, o medo ao chegar no ambiente hospitalar, o despreparo das crianças pelos pais sobre o ambiente hospitalar, pois chegam ao hospital já com uma certa fobia de levar uma injeção, assim como o uso do termômetro às crianças cogitando que vai doer ao ser colocada.

✓ **Eficácia das Intervenções**

A eficácia das intervenções utilizadas pelos enfermeiros no dia-a-dia pode favorecer nos cuidados humanizados de saúde à criança com dor.

As boas práticas apontam para: atenção às necessidades da criança; saber atender e entender à criança e os seus familiares nas suas dúvidas em relação a dor; boa comunicação entre o enfermeiro e à criança assim como aos seus familiares. Pretende-se com esta subcategoria avaliar a eficácia das intervenções utilizadas pelos enfermeiros no serviço de pediatria.

Dos entrevistados, todos consideram que as suas intervenções correspondem às necessidades da criança. Naturalmente, quando à criança não chora, eleva-se a expressão facial e o grau de satisfação do acompanhante e do profissional. Conforme os relatos:

“ Criança confortável.” (Enf. 1)

“ Criança calma.” (Enf. 3)

“ O choro e o brincar, é sinal de que a sua intervenção correspondeu às necessidades da criança.” (Enf. 4)

“ A expressão facial e a reação da criança.” (Enf. 5)

“ O grau de satisfação da criança e da pessoa significativa bem como dos profissionais de saúde.” (Enf. 6)

Com relação a observação da eficácia das intervenções sobre a priorização em atender bem à criança, certifica-se quando à criança está confortável, calma e a brincar.

✓ **Desempenho das Intervenções**

A criança durante o percurso da dor apresenta fragilidades e limitações, fazendo com que o desempenho do enfermeiro na assistência seja controlar a dor e dar respostas as suas necessidades.

Nos depoimentos, todos avaliam o desempenho como sendo muito bom, a nível técnico e humano. O emprego da Triage de Manchester no serviço, seguido a ordem da pulseira não deixa o desempenho ficar condicionado, embora podendo as vezes ficar condicionado em caso de afluência de crianças e da carga horária, o que diminuí a concentração do enfermeiro e o cuidado humanizada não é o mesmo.

A utilização do feedback e uma relação dinâmica com à criança deve ser ativa de modo a não deixar o excesso de trabalho como carga horária condicionar o desempenho do enfermeiro.

Conforme os relatos:

“O desempenho condiciona no caso de um número em excesso de crianças no hospital, mas independente disso faz com que o desempenho seja o melhor.” (Enf.1)

“O desempenho condiciona no caso de haver um número em excesso de criança e a carga horária, porque diminui a concentração.” (Enf. 2)

“A triagem de Manchester não deixa o desempenho condicionar.” (Enf. 3)

“Utilizo o feedback como elo importante na minha intervenção, e que esforço-me para que o trabalho não seja condicionado nem pela ausência e nem pelo cansaço, pois cada criança tem direito a um cuidado humanizado.” (Enf.4)

“O controlo da dor deve ser uma preocupação do enfermeiro, tendo uma relação dinâmica e sistematizada, promover o que há de mais sensível e nunca deixar o cansaço ou volume de trabalho interferir no desempenho.” (Enf. 6)

Pelas respostas dadas pode-se concluir que, os enfermeiros no desempenho das suas competências praticam ações que vão de encontro as necessidades destes utentes, mesmo estas podendo ser condicionadas.

Constatou-se que o desempenho dos enfermeiros, devido a afluência de crianças a assistência em planear um cuidado mais humanizado, como estar presente mais com à criança, fica condicionada.

✓ **Humanização dos Cuidados**

Nos depoimentos, tal percepção vem ao encontro da perspetiva assistencial, na medida que os discursos associam a atenção à criança, na importância da humanização,

principalmente na área pediátrica, por ser um área onde estas estão longe do ambiente familiar e acolhedor.

Todos os entrevistados souberam responder a questão referindo que, atendam prestando uma assistência humanizada à criança com dor, como indicado abaixo pelas respostas:

“A humanização é muito importante, por serem seres frágeis, cabendo ao enfermeiro prestar uma assistência humanizada. ”O mesmo diz que presta uma assistência humanizada, embora às vezes, há procedimentos que acabam por serem realizadas de forma não humana”. (Enf. 1)

“A humanização é um fator bastante importante nessa área, assim sendo prestando uma assistência humanizada, por serem seres vulneráveis.” (Enf. 2)

“A humanização é muitíssimo importante, e que presta uma assistência humanizada à criança com dor, porque coloca no lugar das mães.” (Enf. 4)

“A humanização necessita ainda da sensibilização por parte dos profissionais na área da saúde.” (Enf. 5)

De acordo com as respostas, apenas o Enf. 5 refere a necessidade em sensibilizar os profissionais de saúde sobre a humanização nos cuidados.

A humanização na área pediátrica é retratada pela postura do enfermeiro, tendo em vista o respeito e dignidade da criança, conforme os relatos:

“Dependendo da postura do enfermeiro, este vai ou não facilitar na minimização da dor.” (Enf. 3)

“Dentro dos recursos de que disponho, tento primar pela qualidade, relevando o respeito e a dignidade da criança.” (Enf. 6)

Com a observação realizada a humanização é empregada na prática, por ser uma área onde se encontra seres vulneráveis.

✓ **Cuidados de Enfermagem**

Os cuidados de enfermagem à criança com dor, deve sempre validar pela eficácia e qualidade respondendo as demandas da criança.

O utente durante o processo da dor, apresenta-se vulnerável e com limitações bastante específicas de natureza física, psicológica, social e espiritual, em que o processo de cuidar é inerente à criança durante o seu desenvolvimento.

Dos entrevistados, todos referem que os cuidados de enfermagem têm correspondido as demandas das crianças com dor.

“Têm dando resposta à assistência de enfermagem à criança com dor”. (Enf. 1)

“A avaliação é muito boa, e com prioridade máxima.” (Enf. 2)

“A avaliação é muito bom, devido à implantação da triagem de Manchester e a mudança do perfil dos enfermeiros.” (Enf.3)

“Poderia ser melhor, porque não acreditam na dor mencionada pela criança.” (Enf. 5)

“Para prestar esses cuidados é preciso identificar-se como criança e ter competências pessoais e profissionais. Infelizmente tem constatado que não estão preparados para lidar com esta situação.” (Enf. 6)

De acordo com, os depoimentos apenas o Enf. 5 e Enf. 6 referem que, a dor manifestada pela criança é um aspeto que necessita de mais atenção e depreende-se que estes não estão preparados para lidar com esta situação, apesar disso, a enfermagem ocupa um papel de destaque, visto que o enfermeiro está em constante contacto com esta população.

Os cuidados de enfermagem, de acordo com as observações, tendem a ser remetidos pelas prescrições médicas.

Assim, como aspetos positivos destacados pelos entrevistados, e que contribuem para um cuidado mais humanizado e com qualidade na atenção à criança, diziam respeito as batas brancas, um auxílio nos procedimentos, o vigiar, a presença do médico, recursos, o entender, a presença do familiar, o tempo da criança se expressar, equipamentos hospitalares, o uso das escalas de dor, criança com brinquedoteca, a prestação dos cuidados, são elementos mencionados para a melhoria de uma assistência humanizada, conforme os depoimentos:

“O modelo da bata poderia ser de outro tipo e deveria ter um auxílio nos procedimentos.” (Enf. 1)

“Vigiar uma criança permite identificar se as intervenções correspondem às suas necessidades”. (Enf. 2)

“Saber entender a criança, deixar sempre que um familiar o acompanhe, dar tempo à criança para expressar a sua dor.” (Enf. 4)

“O uso das escalas poderia ser melhor, sendo também importante explicar aos pais como identificar a dor nas crianças.” (Enf. 5)

“A prestação de cuidados, procedimentos, presença da família, criança com brinquedoteca, equipamentos hospitalares, batas com desenhos infantis”. (Enf.)

Categoria IV – Benefícios de Enfermagem na Assistência Humanizada

Nesta categoria pretende-se conhecer os benefícios que, o SUP adquiriu na assistência humanizada à criança com dor.

O perfil dos enfermeiros e a Triagem de Manchester trouxeram benefícios bastante relevantes diante dos problemas e dificuldades enfrentadas no dia-a-dia no serviço. Foram relatados da seguinte forma pelos entrevistados:

“Houve uma grande melhoria no atendimento, devido a mudança de perfil dos enfermeiros”. (Enf. 1)

“ Perfil dos enfermeiros teve grandes ganhos, o que demonstra uma melhoria enorme no serviço da pediatria.” (Enf. 2)

“ A triagem de Manchester demonstra uma grande evolução no atendimento às crianças.” (Enf. 3)

“ Houve uma evolução significativa, e os pais ou familiares são da mesma opinião.”
Partilham da opinião, Conforme os relatos: (o Enf. 4, Enf. 5 e Enf. 6)

De conformidade, com as observações realizadas, o serviço teve ganhos em relação há um tempo atrás, isto é, o perfil do enfermeiro mudou completamente, a implementação da Triagem de Manchester com o uso da régua de dor.

Categoria V – Limitações Percecionados pelos Enfermeiros

Pretende-se nesta categoria, identificar as limitações percebidas pelos enfermeiros, dentro delas as circunstâncias e fatores no atendimento e a colaboração dos pais e/ou conturbação na intervenção do enfermeiro. Esta encontra-se dividida em duas subcategorias: 1- circunstâncias e fatores e 2- colaboração ou conturbação dos pais nas intervenções do enfermeiro.

✓ Circunstâncias e Fatores

De acordo com, a percepção dos entrevistados manifestado nas circunstâncias e fatores no atendimento à criança com dor, ponderaram o acompanhante, a medicação, casos graves, a comunicação e os recursos. Conforme os relatos:

“O acompanhante interfere de uma certa forma no atendimento, porque não entende que as intervenções, por mais que sejam dolorosas são para o bem da criança.” (Enf. 1)

“A medicação é um limite, para casos de crianças com idade compreendida entre 8 e 9 anos.” (Enf. 2)

“Casos graves.” (Enf. 3)

“A dificuldade de comunicação com a criança, muitas vezes condiciona, particularmente no que toca a bebés, pois, não sabem explicar a dor e os recursos são poucos.” (Enf. 4)

“Os recursos.” (Enf. 5)

Assim as circunstâncias bem como os fatores na assistência devem ser considerados de modo a elaborar medidas ou estratégias que podem propiciar um cuidado mais humanizado, considerado que o alívio da sensação álgica é o objetivo da intervenção de enfermagem.

Complementado as repostas, de acordo com as observações, existe vários fatores, como a dificuldade dos pais em entender e acreditar na dor referida pela criança, a necessidade de mais recursos para minimizar o trauma da criança.

✓ **Colaboração ou Conturbação dos Pais**

Os entrevistados percebem que os pais são importantes no cuidado da criança, e partilham da opinião que a maioria colabora.

Assim os relatos revelam que numa estimativa de 100%, 80% dos pais colaboram e 20% demonstram que não estão preparados para lidar com a situação, devido aos procedimentos. Conforme relatos:

“Depende, se for em casos que os pais encontram-se presentes, o que modifica o comportamento da criança, o que leva a realização do procedimento a ser restrito.” (Enf. 1)

“ 95% Dos pais ajudam, e 5% tem curiosidade em saber o que se faz com seus filhos, e que a comunicação é muito importante com a família.” (Enf. 2)

“A informação” (Enf. 3)

“80% Dos pais colaboram e 20% demonstram-se inquietos devido aos procedimentos.” (Enf. 4)

“60% Colaboram e 40% atrapalham, devido aos procedimentos, comunicação enfermeiro-utente-família.” (Enf.5)

“ Os pais colaboram, embora sabe-se que os pais querem o melhor para seus filhos, e muitas vezes existem fatores que condicionam, levando a comportamentos e atitudes negativas por parte dos pais.” (Enf. 6)

Constatou-se que apenas o Enf. 3 referiu a incompreensão na informação por parte dos pais.

Destes relatos é possível derivar que os pais necessitam de mais informação sobre os procedimentos no atendimento aos seus filhos, de tal, modo a poder lidar com a situação de forma mais equilibrada, controlando suas reações na medida que lhes são fornecidos maior

subsídios e conhecimentos sobre a doença de base dos seus filhos. Nesse processo, o papel do enfermeiro é ajudar os pais, desenvolvendo estratégias educativas de modo a colaborarem com os profissionais de saúde.

Dentro das observâncias concretizadas, os pais tem uma certa dificuldade em enfrentar a dor dos seus filhos, contudo colaboram para que as intervenções do enfermeiro sejam satisfatórias.

3.3.-Discussão dos dados

Da inquietação causada pelo fato das intervenções de enfermagem serem remetidas apenas na abordagem farmacológica, e há não credibilidade do enfermeiro em relação a dor mencionada pela criança., surge neste trabalho a seguinte pergunta de partida: Quais os desafios de enfermagem na prestação da assistência humanizada no serviço do Hospital Batista de Sousa? Sendo assim foi alcançada, em que os desafios destacaram os procedimentos (cateterização venosa), casos de acidente, não conseguir aliviar a dor, trabalhar nessa faixa etária, assistência humanizada, o trauma da criança e o enfermeiro capacitado para lidar com esta situação.

O objetivo geral foi identificar os desafios dos enfermeiros em prestar uma assistência humanizada à criança com dor. A fim de dar resposta ao objetivo geral teve a necessidade de elaborar os seguintes objetivos específico:

- (1) Identificar as estratégias usadas pelos enfermeiros na assistência humanizada à criança com dor;
- 2) Conhecer as percepções dos enfermeiros face aos benefícios da assistência humanizada dos enfermeiros à criança com dor;
- 3) Identificar as limitações percebidas pelos enfermeiros durante a prestação dos cuidados à criança com dor;
- 4) Descrever as limitações do serviço face a assistência humanizada à criança com dor;

No que toca ao primeiro objetivo específico do estudo, este foi alcançando, ou seja as estratégias utilizadas pelos enfermeiros destacou-se a intervenção farmacológica, o brincar, a comunicação, proporcionar o conforto psicológico e físico à criança. Estes resultados obtidos vão de encontro com a opinião dos autores Batalha (2010), Campos (2007, p/d) e Silva et al (2011, p/d).

No que tange ao segundo objetivo específico, as informações demonstram que, o que se tinha em visão anterior do SUP em relação ao perfil dos enfermeiros e o que muitas vezes constou-se na ignorância da dor ser mencionada pela criança, o que não se converge ao atual. Verificou-se que teve uma grande mudança em relação ao perfil dos enfermeiros e a implementação da Triagem de Manchester, com o uso da régua de dor, demonstrando o benefício ao triar à criança. Os resultados para este objetivo equivalem com as conclusões de Marques e Freitas (2010).

Em relação ao terceiro objetivo, as informações apontam para uma inovação na avaliação da dor, bem como capacitar o enfermeiro para integrar os pais mais sobre os procedimentos e também como avaliar a dor nas crianças, pois são o pilar da criança.

Assim, o ultimo objetivo debruçou-se em identificar as limitações do serviço em assistir à criança com dor, de acordo com, as informações a instituição provém de recursos farmacológicos no alívio da dor, embora deveria ter um ambiente infantil no SUP, bem como modificar as batas dos enfermeiros colocando desenhos infantis ou mesmo a cor, a fim de eliminar o medo da criança, implementar mais o humor eliminando o medo e a ansiedade da criança no ambiente hospitalar, para que possa ultrapassar os desafios na assistência.

Alguns aspetos importantes encontrados aquando da realização do estudo a fim de melhorar como: a presença do médico, o vigiar, o brincar, a criança com brinquetoteca, o entender, a presença do familiar, a bata branca, os equipamentos hospitalares, a prestação de cuidados, a assistência humanizada, capacitação do enfermeiro perante esta situação. Sendo que a assistência de enfermagem é baseada primeiramente na intervenção farmacológica, mas também a défice na utilização de estratégias não farmacológicas, conforme Batalha (2010).

Deparou-se ainda que a maioria das crianças com idade compreendida entre 3 á 5, referiam com frequência as dores abdominais e a cefaleia, sendo que nesta faixa etária a criança tem uma rotina diária que é afetada pela alteração.

Também, constatou-se que às crianças com idade compreendida entre 2 á 3, tem uma certa fobia ao uso do termómetro, dadas pelo desconforto e por ser um objeto estranho, daí a necessidade de os enfermeiros capacitar aos pais, apelado na educação aos seus filhos sobre o ambiente hospitalar e os objetos em si.

Após a discussão dos resultados encontrados nas entrevistas dando resposta aos objetivos específicos, debater-se-á as entrevistas com os enfermeiros, cujo intuito é conhecer a perceção deles sobre os reais desafios enfrentados no dia-a-dia na prestação em assistir à criança com dor.

De acordo com a segunda categoria, as informações existem de fato, como uso da régua de dor, a utilização do brincar e a comunicação, embora falta ainda a implementação de outras estratégias. Obstante a estes fatos, a inovação de recursos, deve ser ponderada, pois será uma grande mais-valia, de modo a melhorar o cuidado à criança, bem como o enfermeiro se sentirá mais capacitado, melhorado a qualidade de vida da mesma.

Tendo em conta a terceira categoria, os profissionais observam de fato, que há uma certa fragilidade em conseguir ultrapassar esses desafios. Embora, lutam constantemente para superá-las, dando o melhor deles, uma vez que, têm capacidade e competência.

A eficácia das intervenções corresponde as demandas das necessidades da criança, apesar de estes serem eliminadas apenas por meios farmacológicos, embora ainda fica por mencionar o brincar e a comunicação. Constatou-se nas entrevistas que o desempenho do enfermeiro, pode ser afetada pela afluência de crianças, isto, porque diminui a concentração do enfermeiro, o que deixa o cuidar humanizado ficar a mercê de outra atenção. Ainda nesta categoria, constatou-se que os enfermeiros prestam um cuidado humanizado, validados todos os aspetos, embora seja insuficiente segundo estes, há uma necessidade na melhoria de enfermagem na assistência.

Na quarta categoria, o SUP teve uma grande evolução, isto é, de fato o perfil de enfermeiro, mudou drasticamente em relação a faixa etária, visto que, a idade destes demonstrava uma certa fragilidade nos cuidados, negado a credibilidade da dor mencionada pela criança, e apenas recorriam as intervenções farmacológicas. Bem como, também da implementação da régua de dor na Triage de Manchester, de modo a fazer uma análise da dor referida pela faixa etária.

Em relação a última categoria, constatou-se fatores que interferem como a falta de recursos, a comunicação terapêutica com as crianças que não conseguem referir a dor, a medicação, onde vão de encontro a fim de elaborar formas para superar estes fatores.

Também constatou-se que os pais não sabem lidar com a situação de dor na criança, e não estão preparados para verem seus filhos em tais procedimentos, como exemplo a punção venosa. Assim, afirma a necessidade de capacitar os enfermeiros para integrar os pais sobre como avaliar a dor na criança, de modo a saber referir quando á chegada do Hospital, a fim de dar respostas as necessidades da criança/família.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer de meu estágio profissional no SUP do HBS, e na qualidade de discente de Licenciatura em Enfermagem, devo considerar que, a minha visão mudou, comparada com a experiência vivenciada por altura do EC. Isto porque, durante o EC, constatei que nem todas as enfermeiras privilegiavam os aspetos da intervenção não farmacológica e de cuidados humanizados, o que motivou a elaborar o tema Os desafios de Enfermagem na Assistência Humanizada à Criança com Dor.

Entretanto, essa situação, algo embaraçosa, despertou em mim o interesse em realizar a minha monografia baseada no tema acima mencionado, o que veio a efetivar-se com recurso a entrevistas estruturadas e uma observação direta, partindo de uma análise prévia e sistemática da literatura.

A análise dos dados levou-se a conclusão de que, os desafios na assistência à criança com dor clamam por maiores recursos por parte da Instituição de Saúde. Por outro lado, não poderia deixar de destacar a importância premente do papel do enfermeiro na abordagem à criança com dor, incluindo o brincar e a comunicação com a criança/família. A disponibilidade e o uso da brinquetoteca, assim como criar um ambiente mais infantil, sendo também um fator importante a se ter em conta, ou não estaria a falar da criança.

Constatou-se que antigamente as enfermeiras do referido SUP, por vezes não correspondiam as demandas de cuidados humanizados, por serem em número reduzido, muitas vezes chegando ao ponto de se registar durante os turnos a presença de unicamente uma enfermeira, fazendo face a um número elevadíssimo de crianças hospitalizadas.

É certo que essa demanda continua sendo uma realidade, persistindo por esta razão as limitações no tocante a cuidados humanizados, reconhecendo-se toda via melhorias significativas, conforme aliás destacam os entrevistados.

Trabalhar na área pediátrica, com a criança e a sua família durante o período de hospitalização não é uma tarefa fácil, pois, na vida cada pessoa representa um caso particular, mormente considerando a questão da saúde. Neste sentido, dever-se-á ter sempre presente a necessidade de avaliação das diferentes reações de cada criança em relação à dor.

À semelhança do que acontece com qualquer trabalho de investigação, enfrentou-se algumas dificuldades na persecução dos objetivos estabelecidos, sobretudo devido à escassez de bibliografia. Assim como na elaboração da fase empírica e no que toca a discussão de dados.

Não obstante, o estudo permite destacar, entre outros aspetos não menos relevantes, o “fenómeno dor na criança”, como sendo uma área vasta e interessante, devendo por conseguinte ser encarada como potencial objeto de estudos muito mais aprofundados, direcionados sobretudo para os profissionais que trabalham diretamente com essa população, classificada ao longo deste trabalho como sensíveis e vulneráveis.

Portanto, espere-se que este estudo, propicie a ampliação da discussão sobre o tema e, assim, auxiliar na elaboração de novas formas na gestão participativa do enfermeiro na minimização da dor nas crianças.

A nível teórico pode-se afirmar que, sendo uma investigação científica de um tema ainda pouco explorado aqui em Cabo Verde, deseja-se que este documento possa servir como suporte bibliográfico para próximos estudos e pesquisas nesta área.

Foi uma grande mais-valia realizar estágio profissional nesse setor, o que me facilitou sobremaneira compreensão desta problemática.

Propostas

Tendo por base as considerações acima, importa destacar as seguintes propostas sobre o tema em estudo:

1. Desenvolvimento de projetos debruçando sobre os novos meios (auxílios) que visam minimizar a dor e o sofrimento da criança em procedimentos, nomeadamente, criando imagens a serem colocadas nas seringas, nos soros, bem como criar um termómetro infantil (que tivesse uma música e ao mesmo tempo regista-se a temperatura);
2. Realização de outros estudos sobre a dor na criança, como exemplo, em reumatoide, outras patologias e comportamentos da dor imaginária;
3. Criação de um departamento com finalidade de capacitar/sensibilizar profissionais de saúde para questão da dor em crianças;
4. Criar horários favoráveis que propiciem o intercâmbio entre às crianças e a equipe de enfermagem, permitindo assim que aquelas expressem suas angústias em forma de desenho, conto de histórias e jogos, fora do horário da administração terapêutica;
5. Instruir os familiares sobre técnicas de avaliação da dor apropriadas para o nível de desenvolvimento da criança, técnicas não farmacológicas para controlo da dor, incluindo dosagens, efeitos colaterais, e reavaliação após intervenções;
6. Implementação de uma folha de registo da dor, a fim de realizarem seguida um balanço da dor, tendo em conta género, idade e patologia, assim como das escalas de dor de acordo a cada idade;
7. Importa finalmente destacar a importância de se identificar e promover recursos que visam aumentar a motivação e bom humor no seio de todos os profissionais de saúde, particularmente aqueles que trabalham no dia-a-dia com crianças.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anziliero, F. (2011), Emprego do sistema de triagem de manchester na estratificação de risco, Monografia, Universidade Federal do Rio de Grande do Sul – UFRGS- Escola de Enfermagem;
- Assembleia Geral das Nações Unidas (1990), A convenção sobre os direitos da criança, disponível em http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicações/convenção_direitos_da_criança, 2014-08-29, 19:12;
- Barros, L. (2003), A psicologia pediátrica: uma perspectiva desenvolvimentista. Lisboa: Climepsi;
- Batalha, A. L. (2010), Dor em pediatria: Compreender para Mudar, Lisboa. ISBN 9789727575930;
- Black M. e Matassarini-Jacobs E. (1993), Enfermagem Médico-Cirúrgica- Uma abordagem psicofisiológica, 4ª Edição, Editora – Guanabara, Koogan S.A.;
- Boff, L. (1999), Saber cuidar, 6 edição, Rio de Janeiro;
- Bousso, R. S. e Ângelo M. A. (2001), Enfermagem e o cuidado na saúde da família, In: Instituto para o Desenvolvimento da Saúde, Universidade de São Paulo, Fundação Telefônica, Manual de enfermagem, São Paulo: Ministério da Saúde, 21;
- Brasil, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer, cuidados paliativos oncológicos: controle da dor. - Rio de Janeiro: INCA, 2001;
- Brito, T.R.P. (2009), As práticas lúdicas no cotidiano do cuidar em enfermagem pediátrica, Esc Anna Nery Rev Enferm; 13,802-808;
- Bulechek, M. G., Butcher H. K. e Dochterman J. M. (2010), Classificação das intervenções de enfermagem (NIC), 5ª edição, ISBN-978-85-352-3442-8;
- Cailliet R. (1999), Dor em crianças. In: Cailliet R. Dor: mecanismos e tratamento. Porto Alegre: Artmed;
- Calit, A. M. e Pimenta, C. A. M. (2005), Intensidade da dor e adequação de analgesia, ver. Latino- Am. Enf,5;
- Campos, A. (2007), Cadernos de saúde pública, em <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X20070004000>, 2015-03-17, 09:30;
- Castanha, Maria de Lourdes; Lacerda, Maria Ribeiro e Zagonel, Ivete Palmira Sanson, Hospital: lugar para o enfermeiro cuidar do imaginário, Acta Paul. Enferm., 1, 94-99, ISSN 0103 – 2100;

- Cintra S. M., Silva C. V. e Ribeiro C.A. (2006), O ensino do brinquedo/brinquedo terapêutico nos cursos de graduação em enfermagem no Estado de São Paulo, Ver.bras. enferm., 4, 497-501, disponível em <http://www.scielo.br/pdfrebenv59n4a05v59, 12/08/2014>,
- Coleção Guias de Saúde, Saúde Infantil (2005), Editor: Impala Editores, S.A Estrada de Sintrelos, Ranholas- 2710-460 Sintra;
- Collière, Marie-Fabienne (2003), Cuidar a primeira arte da vida, Loures, Lusociência;
- Crescencio E.P., Zanelato S., Leventhall C. (2009), Avaliação e alívio da dor no recém-nascido, Rev eletr enferm, 1, 64-9, disponível em <http://www.scielo.org>, 2015-25-08, 16:09;
- Diagnósticos de enfermagem da Nanda, definições e classificação (2007-2008, Porto Alegre, Editora – Artmed- S.A.;
- Dias, F. (2007), Combater o stress e a dor sem medicamentos- Diário de Coimbra Suplemento Saúde;
- Dicionário de Língua Portuguesa (1952), Lda, Porto Editora, edição revista e atualizada-departamento de dicionários do porto editora;
- Diogo, P. (2001), Uma Orientação para cuidar, A criança. Servir, “Seminário – Um estudo bibliográfico sobre o apego mãe e filho: base para assistência de enfermagem pediátrica e neonatal”, Revista Latino- Americana de Enfermagem, Ribeiro Preto, 6, 17-18;
- Doengues M. e Moorhouse M. (2010), Aplicação do processo de Enfermagem e do diagnóstico de enfermagem, 5º Edição, Editora Lusociência;
- Estatuto da Criança e do Adolescente: lei nº 8.069, de 13/07/1990: Constituição e legislação relacionada, São Paulo: Editora Cortez, 1991;
- Ferreira J. S. e Faveiro L. (2009), Os benefícios do cuidado compartilhado entre equipe de enfermagem e familiares: cuidadores de criança hospitalizada;
- Ferro, F. O. E Amorim V. C. O. (2007), As emoções emergentes na hospitalização infantil, Revista científica de psicologia. Macéio, 1, 4, disponível em: <http://www.pesquisapsicologica.pro.br/pub01/fabricya.htm>, 2015-09-30, 09:45;
- Floriani C. A. (2010), Cuidados paliativos no domicílio: desafios aos cuidados de crianças dependentes de tecnologias, 1, 15-20, Disponível em: <http://www.cascavel.ufsm.br/revistas/ojs2.2.2/index.php/reufsm/article/view/2995/2014-03-12>,

- Forlin, Cláudia (2011), A importância da atuação do enfermeiro na humanização e no lúdico em crianças hospitalizadas, em www.scielo.org, 2015-09-22, 09:45;
- Fortin M. F. Côté J. e Fillion F. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação, Lusodidática – Soc. Port. De Material Didático, Lda;
- Gonçalves, M.J. (2006), O bebé, a criança e o adolescente no hospital, In instituto de apoio á criança (IAC), Acolhimento e estadia da criança e adolescente no hospital, Lisboa: IAC, 18;
- Goodenough, Kampel, Champion, Laubreaux, Nicholas, Ziegler & McInerney, (1997), An investigation of the placebo effect and age-related factors in the report of needle pain from venipuncture in children. Pain, 72, 383-391;
- Grencho, Leonel Martins (2009), o Enfermeiro na Avaliação da Dor, Nursing.ISSN:081-6196, 243,
- Guarechi, A.P. e Martins (1997), Relacionamento multiprofissional criança/acompanhante - desafio para a equipe. Rev. Esc. Enfermagem, 3, 423;
- Guia Orientador de Boa Prática, Estratégias não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança (2013),
- Guinsburg R. E. e Cuenca M. S. (2010), A linguagem da dor no recém-nascido - documento científico do departamento de neonatologia Sociedade Brasileira de Pediatria, 2;
- Herbert, S. C. T. (2012), Imigração, rituais e identidade estudo exploratório com descendentes de imigrantes cabo-verdianos, Dissertação de Mestrado (Não Publicada), Universidade Católica Portuguesa.
- Horta, Wanda Aguiar (1979), Processo de enfermagem, Editora Pedagógica e universitária Ltda, disponível em: saudeevidavidaesaude.no.comunidades.net/index.php?,14-02-06,23:58;
- Horta, Wanda de Aguiar (2005), Processo de enfermagem, Edição revista e corrigida, EPU, São Paulo;
- Kanai K.Y. e Fidelis W.M.Z. (2010), Conhecimento e percepção da equipe de enfermagem em relação à dor na criança internada, Rev dor, 1, 20-22. Em <http://www.scielo.br>, 2015-08-25, 11:02;
- Linhares, M.B.M. e Doca, F.N.P. (2010), Dor em neonatos e crianças: avaliação e intervenções não farmacológicas, 2, 307- 325, ISSN 1413-389X; em <http://www.scielo.com>.

- Lissauer, T. e Clayden, G. (2007), Manual ilustrado de pediatria com dados e informações adaptados á Realidade Brasileira, 3ª Edição, Elsevier editora Lda;
- Lopes V.F., Silva J.L.L., e Andrade M. (2007), The professional nursing perception about palliative cares to oncologic pediatric is of cure possibility patient: a study in phenomenological boarding of the relations human beings, 3, 6, 2014-01-25, 14:56, disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j;>
- Maia, E.B.S, Ribeiro, C.A. e Borba, R.I.H., (2008), Brinquedo terapêutico: benefícios vivenciados por enfermeiras na prática assistencial á criança e família, Ver Gaúcha Enferm, 1, 39-46;
- Mendes L. R., Broca P.V., Ferreira M.A., (2009), A leitura mediada como estratégia de cuidado lúdico: contribuição ao campo da enfermagem fundamental, Esc Ana Nery. Ver. Enferm., 13, 530-36;
- Menossi, M. J. (2004), A complexidade da dor da criança e do adolescente com câncer hospitalizados e as múltiplas dimensões do seu cuidar [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto;
- Metzger, M., Muller A., Schwetta M. e Walter C., (2002), Cuidados de enfermagem e dor, Editora Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-32-0;
- Ministério de Saúde, Orientação da Direção- Geral de Saúde (2010);
- Ministério de Saúde, Orientação da Direção-Geral de saúde (2008);
- Okada, M. e Malafaia, J. C. (2006), Dor em pediatria, 135-149
- Oliveira L. D. B, Gabarra L. M., Macon C., Silva J. L. C. e Macchiaverne J. (2009), A brinquedoteca hospitalar como fator de promoção no desenvolvimento infantil: relato de experiência, Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum, 2, 310;
- Oliveira, Ana Margarida et al (2005), Preparação da criança e família para a cirurgia – a importância do papel do enfermeiro, Revista Servir, 4, 202-205;
- Oliveira, R. (2003), O lúdico e as suas implicações nas estratégias de regulação das emoções em crianças hospitalizadas (versão eletrônica), 16;
- Opperman, Cassandra (2001), Enfermagem pediátrica contemporânea, Lusociência-Edições Técnicas e Cinéticas. ISBN:972-8383-19-3;
- Paterson, J.E. e Zderard, L.T (1979), Enfermería humanística, Limusa: México;
- Peden et al (2003), Validating the derby shire children`s hospital pain tool: a pilot study. pediatric anesthesia. derby, vol. 13;

- Phaneuf, M. (2005), Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação, Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda, Rua Dario Cannas, S-A-2670-427, Loures;
- Phipps, Sands e Marek (2003), Dor e Controlo da Dor, In et PHIPPS. Enfermagem Médico - Cirúrgico - Conceitos e Prática Clínica, Lusociência- Edições Técnicas e Científicas, Lda. Rua Dário – Cannas, 5-A- 2670 – 427 Loures;
- Piedade, Milena (2011), A humanização: uma reflexão na perspetiva dos cuidados paliativos. Pós Graduação em cuidados Paliativos;
- Pinto, M. C. M., Canata, D. G., Oliveira A. C., Dalge D. P., Paes, A. T. (2009), Significado do cuidar da criança e a percepção da família para a equipe de enfermagem; Einstein;
- Portugal, Ministério da Saúde (2001), Plano Nacional de Luta Contra a Dor. Lisboa: Direção Geral de Saúde, Grafifina Edições, ISBN 972-9425-95-7;
- Posso I.P., Pires P.W.A., Birolini D. et al (2006), Instituto central do hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Divisão Clínica III. Divisão de Anestesia, A dor como 5º sinal vital, Controle da dor aguda no pós-operatório, São Paulo: Cristália;
- Potter, P. A. e Perry, A. G. (2006), Fundamentos de enfermagem – conceitos e procedimentos, 5ª Edição, Lusociência, Loures,
- Ruquoy, Danielle (1997), Situação da entrevista e estratégia do investigado, Práticas e métodos de investigação em ciências sociais., Lisboa: Gradiva, (103);
- Schwob, Marc (1900), A dor, acesso na biblioteca municipal de São Vicente
- Silva A.F., Issi H.B., Motta M.G.C. (2011), A família da criança oncológica em cuidados paliativos: o olhar da equipe de enfermagem. Cienc Cuid Saúde, 4, 820-7, Disponível em <http://eduemojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/18328/pdf>;
- Silva M.. S., Pinto M. A., Gomes L. M. X. e Barbosa T. L. A. (2011), Dor na criança internada: a percepção da equipe de enfermagem, acesso em <http://www.scielo.org>, 2015-08-25, 15:45;
- Silva, J. P. M. e Leão, E. R. (2004), Práticas complementares no alívio da dor. dor 5º sinal vital - reflexões e intervenções de enfermagem. Curitiba, PR: Editora Maio, 121-133;
- Soares, V. e Vieira, L. (2004), Percepção de crianças hospitalizadas sobre realização de exames. Revista Escola Enfermagem USP, 3, 298-306;

- Sousa, et al (2005), O cuidado em enfermagem – uma aproximação teórica, Texto e contexto Enfermagem;
- Sousa, M. G. G. e Santo, F. H. E. (2008), O olhar que olha o outro, um estudo com familiares de pessoas em quimioterapia antineoplásica Rev. Bras. de Cancerologia,1, 31 – 41;
- Spagrud, L. Von Balyer, Ali, Mpofu, Fennell, Friesen & Mitchel (2008), Pain, distress, and adult-child interaction during venipuncture in pediatric oncology: an examination of three types of venous access. Journal of Pain and Symptom Management, 2, 173-183;
- Streubert, H. e Carpenter, D. (2002), Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista. 2ª Edição, Lisboa, Lusociência: Edições Técnicas e Científicas, Lda. ISBN: 972-8383-29-0;
- Stumm, E. M. F., Leite M. T. e Maschio G. (2007), Vivências de uma equipe de enfermagem no cuidado a pacientes com câncer. Cogitare enferm,1, 75 – 82;
- Tavares, P.P. (2011), Acolher brincando: a brincadeira terapêutica no acolhimento de enfermagem à criança Hospitalizada, Editora: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda. Rua Dário Cannas, 5-A 2670-427 LOURES;
- Tomey, A. M. (2002). “Virgínia Henderson - Definição de enfermagem”. In A. M. Tomey. Teóricas de Enfermagem e a sua obra (modelos e teorias de enfermagem), 5ª edição. Loures: Lusociência. (111-126);
- Torritesi P. e Vendrusculo D. M. S. (1998), A dor na criança com câncer: modelos de avaliação. Rev latino-am enferm, 4, 49-55;
- Viegas, Drauzio (2007), Brinquedoteca hospitalar: isto é humanização. Rio de Janeiro: Wak, ISBN 9788588081741;
- Whasley L. F., e Wong D. L., (1989), Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva, 2ª Edição, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan;
- Whasley L. F. e Wong D. L. (1999), Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva, 5ª Edição, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Websites

www.ipolisboa.min-saude.pt/Default.aspx?Tag=CONTENT...12252014-06-30, 00:25;

[www.governo.cv-politicaNacionalde Saúde-governodecv, 2015-09-22, 09:32;](http://www.governo.cv-politicaNacionaldeSaude-governodecv, 2015-09-22, 09:32;)

www.periodicos.pucminas.br, 2015-09-22, 09:40;

www.portaldoenfermeiro.com.br, 2015-09-22, 09:50;

www.pespsic.bvsalud.org/scielo.php, 2015-09-22, 10:32;

www.minsaude.gov.cv, 2015-09-22, 10:52;

www.dgs.pt, 2015-09-22, 11:35;

www.inca.gov.br/publicacoes/manual_dos_pdf, 2015-09-22, 09:15;

APÊNDICES

Apêndice I - Requerimento elaborado pela pesquisadora e entregue ao HBS

Apêndice II - Guião de entrevista (enfermeiros)

Apêndice III - Termo de consentimento informado

Apêndice IV – Quadro 1: Caracterização dos participantes

Apêndice V - Requerimento elaborado pela pesquisadora e entregue ao HBS

Apêndice VI - Guião de observação de campo

Apêndice VII – Intervenções de enfermagem segundo Diagnósticos de Nanda

Apêndice I - Requerimento elaborado pela pesquisadora e entregue ao HBS

A Superintendência de
Enfermagem para parecer
e devida assessoramento.

Requerimento

A Comissão de Ética
do H.B.S. para
parecer.

Exma. Sra *[assinatura]* 07/06/15

Directora do Hospital Dr. Batista de Sousa

Mindelo, 15 de maio de 2015

Superman ao interessado
10/06/2015

Eu, Janilda Andrade Brito nº2018, estudante do 4º ano de curso de Licenciatura em Enfermagem na Universidade do Mindelo, filha de José Brito e Hírdina Joséfina Andrade, nascida 03/02/1989, natural de Nossa senhora da Luz residente em Vila Nova Monte Sossego Sul de Cemitério, portadora do B.I. Nº 195602, passado pelo concelho de São Vicente, vem mui respeitosamente requerer à vossa Excelência se digne autorizar o desenvolvimento da pesquisa cujo o tema é “**A Assistência Humanizada de Enfermagem à Criança com Dor**”, sob a orientação do Médico Luís Alberto Flores Ronque, na medida em que pretendo recolher dados pertinentes sobre o sector de pediatria (Banco de Urgência), para a investigação.

A requerente

Mindelo 05 de 06 de 2015

HOSPITAL Dr. BAPTISTA DE SOUSA
ENTRADA Nº 693 - 05/06/15
O Funcionário *[assinatura]*

Janilda Andrade Brito

Autorizado pela
Comissão de Ética.
[assinatura]
10/6/2015.

Apêndice II - Guião de entrevista (enfermeiros)

Guião de entrevista (Enfermeiros)

Objetivo geral do trabalho: conhecer as perceções das enfermeiras sobre os desafios da assistência de enfermagem à criança com dor.

Objetivos específicos da entrevista:

- Conhecer as perceções dos enfermeiros sobre a assistência humanizada no tratamento de crianças com dor;
- Identificar as limitações dos enfermeiros no atendimento às crianças com dor;
- Identificar estratégias usadas pelos enfermeiros no atendimento da criança com dor;

A - Caracterização do(a) entrevistado(a)

1 - Sexo: Feminino ☐ Masculino ☐

2 - Idade _____ anos

3 - Nível de escolaridade _____

4 - Carreira profissional _____ anos

5 - Tempo de serviço na unidade de Pediatria _____

6 - Formação contínua na área de pediatria _____

B - Intervenções de enfermagem à criança com dor: humanização dos cuidados, benefícios, limitações percebidos pelos enfermeiros

7 - Usa as escalas de dor para avaliar a dor das crianças que assiste?

8 - Fale dos procedimentos que adota durante o atendimento à criança com dor?

9 - Quais as estratégias que utiliza no tratamento à criança com dor?

BI- Humanização dos cuidados

10 - Durante a sua carreira, qual o maior desafio da assistência de enfermagem no sector da pediatria?

11 – Como sabe que está a ser eficiente e eficaz na sua intervenção?

12 - Avaliando o seu desempenho, considera que é coerente na intervenção que faz à criança com dor? Por outras palavras, considera que o seu desempenho é condicionado pela ausência ou não do cansaço? Também é condicionado pelo volume de trabalho que tem?

13 - Considera importante a assistência humanizada de enfermagem à criança com dor? A assistência que presta à criança com dor é humanizada?

14 - Se considerar que é humanizada, diga-me três aspetos que precisa melhorar na assistência da criança com dor.

15 – Como avalia a prestação dos cuidados de enfermagem na assistência à criança com dor?

B2- Benefícios na assistência humanizada percebidas pelos enfermeiros

16 - Na sua opinião, a assistência dos cuidados de enfermagem à criança com dor, no serviço de pediatria, sofreu alguma evolução?

B3- Limitações na assistência percebidas pelos enfermeiros

17 - Quais as circunstâncias e/ou os fatores que interferem no atendimento à criança com dor?

18 - Da experiência que tem, os pais colaboram ou perturbam a intervenção dos enfermeiros?

Apêndice III - Termo de consentimento informado

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA OS (AS) ENFERMEIROS (AS)

O (A) Senhor(a) Enfermeiro(a) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa **a Assistência Humanizada de Enfermagem à Criança com Dor** da responsabilidade de Janilda Andrade Brito com o intuito de descrever e entender os desafios que a enfermagem tem na assistência à criança com dor no sector da Pediatria. A entrevista será feita individualmente e transcrita a mão, seguro que a entidade do entrevistado(a) será confidencial, respeitando a integridade e a privacidade.

A par de todas estas informações, pelo presente termo de consentimento informado eu _____, declaro ter sido informado(a) e concordo em participar, como voluntário, do projeto acima descrito.

Agradeço, desde já a sua colaboração e disponibilidade.

/Janilda Andrade Brito/

Mindelo, ____ de junho de 2015

Apêndice IV – Quadro 1: Caracterização dos participantes

Participante	Idade	Sexo	Local do trabalho	Experiência profissional	Tempo de serviço - SP	Habilitação Literária
E1	29	M	Pediatria	2 Ano	7 Meses	Licenciatura
E2	31	M	Pediatria	5 Ano	1 Ano e 7 meses	Bacharel
E3	40	F	Pediatria	10 Anos	4 Ano	Licenciatura
E4	35	F	Pediatria	2 Anos	2 Ano	Licenciatura
E5	25	F	Pediatria	3 Anos	6 Meses	Licenciatura
E6	48	F	Pediatria	22 Anos	13 Anos	Licenciatura

Fonte: Elaboração própria

Apêndice V - Requerimento elaborado pela pesquisadora e entregue ao HBS

Requerimento

Excia. Sra

Directora do Hospital Dr. Batista de Sousa

Mindelo, 31 de Julho de 2015

*A Superintendente de Saúde
para a direcção do HBS*

03/08/15

*A Comissão de Ética para
pauzer.*

03/08/2015

Eu, Janilda Andrade Brito nº2018, estudante do 4º ano de curso de Licenciatura em Enfermagem na Universidade do Mindelo, filha de José Brito e Hironóia Joséfina Andrade, nascida 03/02/1989, natural de Nossa senhora da Luz residente em Vila Nova Monte Sossego Sul do Cemitério, portadora do B.J. Nº 195602, passado pelo conselho de São Vicente, venho muito respeitosamente requerer à vossa Excelência se digne autorizar a recolha de dados, na medida em que pretendo recolher (o número de enfermeiros e de crianças) no sector de pediatria, com previsão de um semana (8 à 14 de Agosto) para suplemento da investigação, cujo o tema é " **A Assistência Humanizada de Enfermagem à Criança com Dor**", sob a orientação do Médico Luís Alberto Flores Ronque.

Avisei a Interessada A requerente

04/08/2015

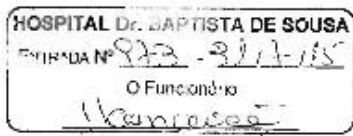
Mindelo 31 de Julho de 2015

Janilda Andrade Brito

/Janilda Andrade Brito/

*Autorizado pelo
comissão de Ética
HBS*

9514851/2329092



Apêndice VI- Guião de observação de campo

Entrevistados	Data/hora	Lugar	Duração	Espaço	Notas de campo (observadas)

Fonte: Elaboração própria

Apêndice VII – Intervenções de enfermagem segundo Diagnósticos de Nanda

Diagnósticos de Enfermagem da Nanda	Intervenções de Enfermagem	Atividades de Enfermagem
Criança		
<p>Ansiedade - vago e incomodo, sentimento de desconforto ou temor, acompanhado por resposta autonómica (a fonte é frequentemente não especifica ou desconhecida pra o individuo). Sentimento de apreensão causado pela antecipação de perigo. É um sinal de alerta que chama a atenção para um perigo iminente e permite ao individuo tomar medidas para lidar com a ameaça.</p> <p>CD – <i>Comportamentais</i> (Agitação, Nervosismo, Olhar em torno, Pouco contacto visual, Irritabilidade).</p> <p><i>Afetivas</i> – assustado.</p> <p><i>Fisiológicas</i> - tensão facial.</p>	<p>- <u>Redução da ansiedade</u>: redução da apreensão, do receio, do pressentimento ou do desconforto relacionados a uma fonte não identificada de perigo antecipado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Usar uma abordagem calma e tranquilizadora. - Explicar todos os procedimentos inclusive sensações que o paciente possa ter durante o procedimento. - Encorajar a expressão de sentimentos de percepções e medos. - Escutar o paciente com atenção. - Oferecer atividades de diversão voltadas à redução da tensão.
<p>Dor Aguda - experiência sensorial e emocional desagradável que de uma lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão (associação internacional para o estudo da dor); início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, com término antecipado ou previsível e duração de menos de seis meses.</p> <p>CD - comportamento expressivo (p. ex., agitação, gemido, choro, vigilância, irritabilidade, suspiro diaforese, dilatação pupilar, distúrbio do sono (olhos sem brilho, aparência abatida), evidência observada de dor, expressão facial, mudança no apetite e Relato verbal da dor.</p> <p>FR - Agentes lesivos (biológicos, químicos, físicos, psicológicos).</p>	<p>- <u>Dor</u>: alívio da dor ou sua redução a um nível de conforto aceito pelo paciente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Reduzir ou eliminar os fatores que precipitam ou aumentam a experiência da dor (p.ex., medo, fadiga, monotonia e falta de informação). - Analisar o desejo do paciente de participar, sua capacidade para participar, suas preferências, o apoio de pessoas significativas quanto ao método e as contraindicações quando da seleção de uma estratégia de alívio da dor. - Selecionar e implementar uma variedade de medidas (p.ex., farmacológicas, não-farmacológicas, interpessoais) para facilitar o alívio da dor, quando adequando. - Utilizar técnicas não- farmacológicas (p.ex., TENS, hipnose, relaxamento,

		<p>imagem orientada, musicoterapia, diversão, terapia de jogos, terapia de atividades, acupressões, aplicação, da calor/frio e massagem) antes, após e, se possível, durante atividades dolorosas, antes que a dor corra ou aumenta e junto com medidas de alívio de dor.</p> <p>-Usar as medidas de controlo da dor antes que a mesma se agrave.</p> <p>-Monitorizar o controlo da dor, administração de medicamento e a assistência à analgesia controlada pelo paciente.</p> <p>-Ouvir ativamente, (biofeedback).</p> <p>-controle do ambiente (conforto).</p> <p>- Monitorização dos sinais vitais,</p>
<p>Dor Crónica - experiência sensorial e emocional desagradável que de uma lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão (associação internacional para o estudo da dor. Início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, constante ou recorrente, sem um término antecipado ou previsível e com uma duração de mais de seis meses.</p> <p>CD – agitação, alteração da capacidade de continuar atividades prévias, depressão, expressão facial, fadiga, interação reduzida com as pessoas, irritabilidade, mudanças no padrão de sono, respostas mediadas pelo sistema simpático (p.ex., temperatura, frio, mudanças, na posição do corpo e hipersensibilidade.</p> <p>FR – <i>Psicológicos</i> - ansiedade, depressão, estresse.</p> <p><i>Ambientais</i> - barulho, luzes, temperatura.</p> <p><i>Fisiológicos</i>- privação de sono.</p>	<p>- <u>Dor</u>: alívio da dor ou sua redução a um nível de conforto aceito pelo paciente</p>	<p>- Avaliar experiências anteriores da dor de modo a incluir a história individual ou familiar da dor crónica ou incapacidade resultante, quando adequando.</p> <p>- Promover o repouso/sono adequados para facilitar o alívio da dor.</p> <p>- Avaliar experiências anteriores da dor de modo a incluir a história individual ou familiar da dor crónica ou incapacidade resultante, quando adequando.</p> <p>- Utilizar técnicas não- farmacológicas (p.ex., TENS, hipnose, relaxamento, imagem orientada, musicoterapia, diversão, terapia de jogos, terapia de atividades, acupressões, aplicação, da calor/frio e massagem) antes, após e, se possível, durante atividades dolorosas, antes que a dor corra ou aumenta e junto com medidas de alívio de dor.</p>
<p>Fadiga - uma sensação opressiva e sustentada de exaustão e de capacidade diminuída para</p>	<p>- <u>Controle de energia</u>: regulação do uso de energia para tratamento ou</p>	<p>- Encorajar a expressão de sentimentos sobre as limitações.</p>

<p>realizar trabalho físico e mental no nível habitual.</p> <p>CD - Aumento de queixas físicas, cansaço, desempenho diminuído;</p> <p>Incapacidade de manter o nível habitual de atividade física.</p> <p>FR – <i>Psicológicos</i> - ansiedade e estresse.</p> <p><i>Ambientais</i> - barulho, luzes, temperatura.</p> <p><i>Fisiológicos</i> - privação de sono.</p>	<p>prevenção de fadigas e otimização de funções.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Determine a percepção das causas da fadiga pelo paciente. - Selecionar as intervenções para reduzir a fadiga usando combinações de categorias farmacológicas e não farmacológicas. - Monitorar/ registrar o padrão e a quantidade de horas de sono do paciente. - Monitorar local e natureza do desconforto e da dor durante movimento/atividades. - limitar estímulos ambientais (p. ex., iluminação e ruídos) para facilitar o relaxamento. - Oferecer recursos auxiliares que promovem o sono (p. ex., música)
<p>Insônia - distúrbio na quantidade e qualidade de sono que prejudica o funcionamento normal de uma pessoa.</p> <p>CD - Falta de energia observada.</p> <p>FR - desconforto físico (p.ex., dor).</p>	<p><u>Incremento ao sono:</u></p> <p>Facilitação dos ciclos dormir/acordar de forma regular.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorar as circunstâncias psicológicas (p. ex. medo, ansiedade) que interrompem o sono. - Adaptar o ambiente para promover o sono. - Auxiliar a eliminar situações stressantes antes do horário de dormir.
<p>Medo - resposta à ameaça percebida que é conscientemente reconhecida como um perigo.</p> <p>CD - relato de estar assustado e Fadiga.</p> <p>FR- Separação do sistema de apoio em situações potencialmente estressante (p.ex., hospitalização, procedimentos hospitalares).</p> <p>G</p>	<p>- <u>Brinquedo terapêutico:</u> uso proporcional e orientando de brinquedos, ou outros materiais, para ajudar as crianças a comunicar sua percepção e conhecimento do mundo e auxiliar a dominar seu ambiente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Propiciar um ambiente calmo. - Estabelecer limites à sessão das brincadeiras terapêuticas - Oferecer equipamento real ou simulado para encorajar a expressão de sentimentos sobre a hospitalização - Estimular `criança a manipular o equipamento de brincadeiras. - Continuar as sessões de brincadeiras com regularidade para estabelecer confiança e reduzir o medo de equipamentos ou tratamentos desconhecidos, conforme apropriado
<p>Síndrome do Estresse por Mudança - distúrbio fisiológico e/ou psicossocial</p>	<p>- <u>Redução do stress por mudança:</u></p> <p>Assistência ao indivíduo no preparo e</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Encorajar a criança e a família a conversarem sobre preocupações com a mudança;

decorrente de mudança de um ambiente para outro. CD - ansiedade (p. ex., separação), depressão, distúrbio de sono, Insegurança, medo, mudança para outro ambiente. FR - Perda de Saúde psicossocial prejudicada.	enfrentamento de mudança de um ambiente a outro.	- Avaliar impacto da rutura do estilo de vida e adaptação ao novo ambiente.
Família		
Risco de sentimento de impotência – risco de falta de controlo percebida sobre uma situação e/ou sobre a capacidade de uma pessoa de afetar significativamente um resultado. FR - <i>Fisiológicos</i> – doença.	- Intervenção em crise, suporte emocional, facilitação da aprendizagem, construção de relação complexa, orientação quanto ao sistema de saúde.	- Oferecer informações adequadas para promover o conhecimento da família quanto à resposta, à experiência de dor. - Incorporar a família na modalidade de alívio á dor, se possível. - Oferecer informações sobre a dor, o saber, suas causas, tempo de duração e desconfortos antecipados decorrentes de procedimentos. - Ensinar o uso de técnicas não-farmacológicas (p.ex., biofeedback, TENS, hipnose, relaxamento, imagem orientada, musicoterapia, diversão, terapia de jogos, terapia de atividades, acupressões, aplicação, da calor/frio e massagem) antes, após e, se possível, durante atividades dolorosas, antes que a dor corra ou aumenta e junto com medidas de alívio de dor. -Auxiliar a criança e a família a buscar e oferecer apoio.
Défice de Conhecimento - Estado no qual o indivíduo ou grupo apresenta deficiência no conhecimento cognitivo ou nas habilidades psicomotoras relativas à condição ou ao plano de tratamento. CD - Expressar percepção incorreta acerca do estado de saúde;	<u>Ensino: Medicação prescrita:</u> Preparo da família para, com segurança, tomar os medicamentos prescritos e monitorar seus efeitos.	Orientá-los sobre a finalidade, acção, dosagem, via e duração de cada medicamento;

Legenda: CD – Características Definidoras, FR - Fatores Relacionados

ANEXOS

Anexo I - Autorização da universidade do Mindelo

Anexo II - Figura 1: Escala de face

Anexo III - Quadro 1: Escala comportamental NIPS

Anexo IV - Régua de dor

Anexo V - Folha de triagem do serviço de urgência de pediatria

Anexo VI - Falácias e factos sobre a criança e a dor

Anexo I - Autorização da universidade do Mindelo



UNIVERSIDADE DO MINDELO

Sua sede é em Mindelo



12 ANOS EM PROL DA SOCIEDADE DO CONHECIMENTO

Exma. Senhora Directora
Hospital Baptista De Sousa
Dra. Sandra Vasconcelos

Mindelo, 04 de Novembro de 2014

Assunto: Recolha de Dados para realização da Monografia do Final de Curso

A Coordenação do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade do Mindelo, vem por este meio informar que no âmbito da Unidade curricular Seminários de Avançados de Enfermagem e Investigação Científica, integrado no 1º Semestre do 4º Ano do curso os discentes finalistas estão desenvolvendo os trabalhos de conclusão de curso (monografias).

Nesse sentido a Coordenação do Curso vem por este meio muito respeitosamente requerer a Vossa Exma. a autorização para realizar a recolha de dados necessários a realização da investigação referente a monografia.

Em anexo o plano de distribuição dos referidos discentes nos campos clínicos bem como a lista dos diferentes temas de monografias e o respectivo orientador.

Em caso de alguma dúvida adicional não hesite em contactar via um dos contactos abaixo listados,

Grata pela atenção disponibilizada em prol da educação e formação da nova geração de enfermeiros de Cabo Verde.

A Coordenação do Curso de Licenciatura em Enfermagem

UNIVERSIDADE
DO MINDELO

Prof.ª Acad. Mireya Caceres
Universidade do Mindelo
Departamento Escola de Saúde

Tel.: 2316810 / 2316515 - E-mail: mireya.caceres@uni-mindelo.edu.cv

Anexo II - Figura 2: Escala de face

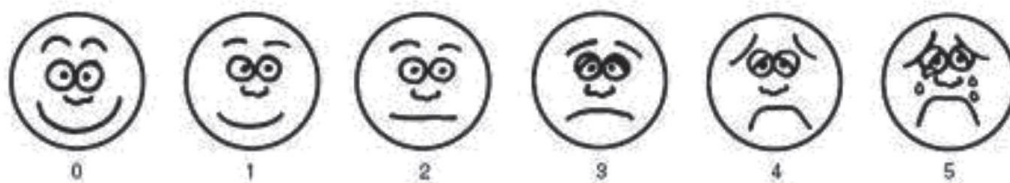


Figura 1 - Escala de faces (Wong-Baker Faces Rating Scale) Classificação da dor:
0 = Sem dor; 1 a 2 = Dor leve; 3 = Dor moderada; 4 = Dor forte; 5 = Dor insuportável

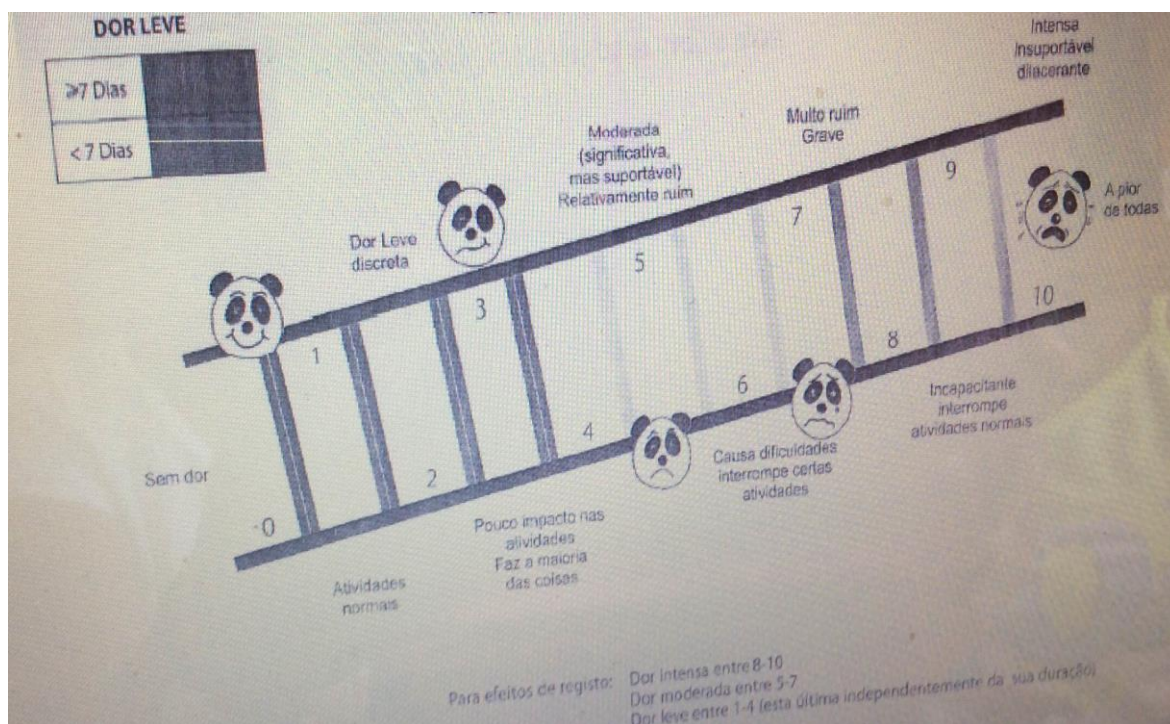
Fonte: kanai e Fidelis (2010,p.21)

Anexo III - Quadro 2: Escala comportamental NIPS

Mímica Facial	Choro	Padrão Respiratório
0 – Relaxada 1 – Contraída	0 – Ausente 1 – Resmungos 2 – Forte	0 – Rítmico e regular 1 – Diferente do padrão
Membros Superiores Consciência 0 – Relaxados 1 – Fletidos/ Estendidos	Membros Inferiores 0 – Relaxados 1 – Fletidos/ Estendidos	Nível de Sono 0 – Dormindo 1 – Irritado
Classificação da Dor = Soma dos Pontos 0 – Sem Dor 1 a 2 – Dor Fraca 3 a 5 – Dor Moderada 6 a 7 – Dor Forte		

Fonte: Kanai e Fidelis (2010, p.22)

Anexo IV - Régua de dor



Fonte: Anziliero (2011,p.47)

Anexo V – Folha de triagem do serviço de urgência de pediatria

M.S.		Registo nº _____	
HOSPITAL DR. BAPTISTA DE SOUSA		Data: 11-10-2014	
SERVIÇO DE URGÊNCIA - PEDIATRIA		Hora: 11:38	
		U(a) Funcionário(a): _____	
ID	ID: _____		
E	Nome: D. G. B.	Assom:	Meses: _____ Dias: _____
N	Sexo: _____ Estado: _____		
T	Profissão: _____	Residência: _____	
F	Natural: _____ Freguesia: _____	Concelho: _____	
C	Pai: _____ Mãe: _____	Contacto: _____	
A	Motivo Urgência: _____	Doc. Admissão: _____	
C	Evacuado de: _____	Nº Beneficiário: _____	Taxa Inscrição: € 0,00
A			
O			

TRIAGEM DE PRIORIDADES às _____ h _____ min			
Queixas apresentadas: _____			
Gestação: _____		N.º _____	
Discriminador escolhido: _____			
Escala da Dor (se dor for o discriminador) N.º _____			
PRIORIDADE CLÍNICA:			
Vermelho <input type="checkbox"/>	Laranja <input type="checkbox"/>	Amarelo <input type="checkbox"/>	Verde <input type="checkbox"/> Azul <input type="checkbox"/>
Sat O2: _____	Pulso: _____	Ritmo S/W Temp: _____	Glicénia: _____
Médico: _____	N.º Ordem Médicas: _____		
Enfermeiro: _____	N.º Ordem Enfermeiro: _____		
Reclassificação prioridade _____		às _____ h _____ min	
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: _____			
CHAMADA ESPECIALISTA: _____ Hora: _____ h _____			
Cirurgia: <input type="checkbox"/> ONT. TP: <input type="checkbox"/> Ginecologia: <input type="checkbox"/> Medicina Interna: <input type="checkbox"/> Cardiologista: <input type="checkbox"/> Urologia: <input type="checkbox"/> Saúde Mental: <input type="checkbox"/>			
Outros: _____			
DIAGNÓSTICO DE SAÍDA: _____			
DESTINO: Domicílio <input type="checkbox"/> Consulta Externa <input type="checkbox"/> Cuidos <input type="checkbox"/> Internamento <input type="checkbox"/>			
_____ (Ass) Médica(a)			

Form 014 2004/2006/012745

Anexo VI - Falácias e factos sobre a criança e a dor

Falácias e fatos sobre a criança e a dor

Falácia: os recém-nascidos não sentem dor.

Fato: os lactentes demonstram indicadores comportamentais, especialmente faciais, e fisiológicos, incluídos hormonais, da dor. Os neonatos possuem os mecanismos neurais necessários para transmitir os estímulos nocivos em torno de 20 semanas de gestação.

Falácia: as crianças toleram a dor melhor do que os adultos.

Fato: a tolerância das crianças para a dor realmente aumenta com a idade. As crianças mais jovens tendem mostrar uma velocidade da dor ligada ao procedimento mais elevada do que as crianças com mais idade.

Falácia: as crianças não podem dizer a você onde está a dor.

Fato: em torno dos 4 anos de idade, as crianças podem apontar com exatidão a área corporal ou marcar o local dolorido em um desenho; crianças tão jovens quanto aos 3 anos de idade podem usar escalas de dor, como as faciais.

Falácia: as crianças sempre falam a verdade a respeito da dor.

Fato: as crianças podem não admitir sentir dor para evitar uma injeção; por causa da dor constante, elas podem não imaginar quanto estão sentindo; as crianças podem acreditar que outros sabe como elas estão sentindo e não pedir analgesia

Falácia: as crianças acostumam-se á dor ou a procedimentos dolorosos.

Fato: com frequência, as crianças demonstram sinais comportamentais *aumentados* de desconforto com os procedimentos dolorosos repetidos.

Falácia: as manifestações comportamentais refletem a intensidade da dor.

Fato: o nível de desenvolvimento das crianças, as habilidades de enfrentamento e o temperamento, como o nível de atividade e a intensidade da reação á dor, influenciam o comportamento da dor. As crianças com comportamentos mais ativos e resistentes podem quantificar a dor bem menos do que as crianças com comportamento passivo e resignado.

Falácia: os pais não querem ser envolvidos no controlo da dor de seus filhos:

Fato: os pais *realmente* querem estar envolvidos. Eles conhecem melhor seus filhos e pode, ajudar na avaliação da dor e nas medidas de alívio da dor, como podem não ter observado seus filhos em dor intensa, eles podem precisar de orientação na interpretação das respostas negativas.

Falácia: os narcóticos são mais perigosos para as crianças do que para os adultos.

Fato: os narcóticos (opióides) não são mais perigosos para as crianças do que para os adultos. O vício em opióides usados para tratar a dor é extremamente raro em crianças. Os relatos de depressões respiratórias em crianças também são incomuns. Em torno de 3 a 6 meses de idade os neonatos saudáveis podem metabolizar os opióides de modo similar às crianças com mais idade.

Fonte: Wasley e Wong(1999). *Enfermagem pediátrica: elementos essenciais a intervenção efetiva*. 5ªEd. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.